

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI “FEDERICO II”

DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE FILOSOFICHE

CURRICULUM DI BIOETICA

XXIX CICLO



TESI DI DOTTORATO

La malattia e la cura in Bénin

***Tra particolarismo tradizionale e universalismo dei diritti umani:
una prospettiva di bioetica interculturale***

Coordinatore

Ch.mo prof. Edoardo Massimilla

Tutor

Ch.mo prof. Enrico Di Salvo

Candidata

Dott.ssa Alessia Maccaro

ANNO ACCADEMICO 2016-2017

INDICE

INTRODUZIONE	p. 4
PREMESSA: Presentazione della Repubblica del Bénin	p. 14
1. Caratteristiche generali	
2. La storia, la politica e le istituzioni	
3. Cultura, tradizioni e religioni	
4. La situazione sanitaria	
SEZIONE I	p. 36
<i>La percezione della malattia e le strategie di cura secondo la tradizione beninese</i>	
CAPITOLO I: Ammalarsi all'interno di una comunità familiare	p. 39
1. Semantiche dell'appartenenza e narrazioni identitarie	
2. La malattia secondo la cultura tradizionale: l' <i>envoutement</i>	
3. Possibilità e scelte terapeutiche tra autorità ed autodeterminazione	
CAPITOLO II: Figure e pratiche della cura tradizionale	p. 61
1. <i>Guerisseurs e Feticheurs</i> : prospettive del <i>folk health care system</i>	
2. Il ritorno alla medicina tradizionale	
3. Il Programma Nazionale di Farmacopea e Medicina Tradizionale	
4. Modernità e tradizione in medicina: una difficile integrazione	
CONCLUSIONI: Tradizioni pro diritti	p. 105
SEZIONE II	p. 113
<i>Tradizioni al "limite": esclusione sociale e negazione dei diritti</i>	
CAPITOLO I: La nascita con disabilità: la tradizione degli <i>enfants sorciers</i> p.	122
1. <i>Ex lege, extra lege</i> . Gli esclusi, vittime dei propri costumi	
2. L'eliminazione delle non-persone come problema bioetico	
3. Diritti asseriti	
4. Tradire le tradizioni: madri consapevoli coinvolte nella cura dei figli	
CAPITOLO II: La malattia mentale secondo la cultura beninese	p. 160
1. Il sistema ufficiale delle cure psichiatriche	
2. Storia di follie: esclusione e contenzione tra Primo e Terzo mondo	
3. Il metodo alternativo di Grégoire Ahongbonon	
4. Inclusione degli "scatenati" tra contestualismo e universalismo	
CAPITOLO III: Altre figure dell'esclusione	p. 213

1. Le malattie contagiose
 - 1.1 La lebbra
 - 1.2 L'ulcera del Buruli
 - 1.3 L'HIV
2. De-generare. La donna beninese: maternità al vaglio della tradizione
 - 2.1 Gravidanze precoci, contraccettivi ed aborti
 - 2.2 Infertilità e PMA
 - 2.3 Sterilità e rifiuto dei trattamenti sanitari salvavita
 - 2.4 Una parentesi necessaria: le mutilazioni genitali femminili tra identità ed integrità
3. Gli anziani: l'ultima forma di esclusione sul finire della vita

CONCLUSIONI : *Tradizioni vs diritti*.....p. 277

SEZIONE III.....p. 284

Diritti umani e diversità culturale nel mondo globale contemporaneo

CAPITOLO I: Universalismo e particolarismo.....p. 287

1. Il discorso sui diritti umani
2. Diritti umani, dignità e democrazia
3. Il problema del riconoscimento e la difesa dell'identità culturale: il multiculturalismo

CAPITOLO II:Capacità e diritti umani.....p. 316

1. Amartya Sen e la difesa dell'universalità dei diritti umani
2. L'approccio delle capacità
3. Restituire diritti e capacità al "popolo degli esclusi"

CAPITOLO III: Diritti umani ed *african values*.....p. 356

1. La tutela internazionale dei diritti umani e della diversità culturale
2. La protezione dei diritti dell'uomo in Africa
3. Storicità di diritti e tradizioni

CONCLUSIONE: *Per una bioetica interculturale*.....p. 394

APPENDICE II: Interviste.....p. 406

BIBLIOGRAFIA.....p. 504

INTRODUZIONE

1.

Guardando la costa occidentale del continente africano, nel cuore della Costa d'oro, tra il Togo e la Nigeria, si incontra il Bénin, una striscia di terra rettangolare che verticalmente cade sul Golfo di Guinea e si riconosce per la sua forma inconfondibile, più ampia e circolare in alto, al nord, dove confina con il Burkina Faso e il Niger. La linea costiera misura, infatti, circa 121 km mentre il punto di massima larghezza del Paese è al nord e si estende per circa 325 km: questa dissimmetria restituisce un'immagine molto suggestiva, capace di evocare quella di una serratura di altri tempi. Eppure, se si accetta che attraverso il foro di una serratura si possa guardare solo poggiando un solo occhio, mentre l'altro, per vedere distintamente, debba rimanere chiuso, allora sarà forse possibile osservare, con fare né pregiudizievole né giudicante, attraverso la fessura che dà su un mondo stra-ordinario.

Investito da una ventata di calura umida e greve, non appena valica il portellone dell'aereo, il curioso uomo occidentale che si approssima alle terre dell'Africa nera con gli obiettivi più diversi compie un primo, necessario, gesto: si spoglia, si sveste. Quand'anche non lo voglia, è costretto a lasciare gli indumenti che lo avrebbero protetto dalle intemperie – pur frequenti in Africa nelle stagioni delle piogge – e *cambia* abiti. Certo non si libererà con la medesima semplicità di tutti gli oggetti che ha portato con sé e, probabilmente, di alcuni non potrà mai fare a meno, ma ad ogni passo si domanderà dell'opportunità di servirsene, confuso dinanzi alla novità insolita che gli si fa da presso.

Dietro gli immancabili occhiali da sole, sotto strati di creme ad alta protezione solare e spray repellenti, lo *straniero* si proteggerà – almeno i primissimi giorni del suo viaggio – dal nuovo, dai rischi paventati e tanto temuti. Poi, tra i ritmi suadenti dei tamtam che danno vita al corpo, inducendolo a muoversi anche inconsapevolmente, e i colori festosi di stoffe variopinte e fantasie vivaci, l'occidentale si sentirà come stordito ad ogni passo, attratto da ogni cosa e pervaso da un'ineguagliabile sensazione di confusa meraviglia. Ogni sua presupposta convinzione verrà a cadere; ogni *oggettiva* idea del bello, del buono, del dolore, del male, dell'ingiustizia, della povertà sembrerà non avere più ragion d'essere. Così, gradualmente, destabilizzato e sempre più incuriosito, il forestiero si curerà sempre meno della sua protezione, toglierà gli occhiali da sole ed inizierà a guardarsi intorno, cercando un incontro con il mondo che ha deciso di avvicinare.

Correndo sulle dune di terra rossa sui mototaxi locali, i *zemidgens* (“portami presto”), ripetendo un continuo “*de de-de de*” (“piano piano”) per invitare gli spediti conducenti a rallentare, o sugli sgangherati pulmini collettivi che si fermano ad ogni passo per far scendere e salire nuovi passeggeri, l’occidentale attraverserà villaggi di palafitte che si ergono su paludi suggestive e piccoli nuclei abitativi costituiti di capanne di fango o paglia; scorgerà mercati affollati, profumati e coloratissimi. Poi, girato l’angolo, verrà avvolto nella nube di smog commisto ad afa proveniente dall’incredibile traffico delle città: clacson, autisti indisciplinati, odore forte di benzina miscelata (prevalentemente ottenuta di contrabbando e venduta in bottiglie di vetro in piccoli chioschetti sul ciglio delle strade), la cui combustione produce mefitici gas di scarico.

Dunque, estasiato dalla bellezza di una natura ancora selvaggia che si incrocia in maniera disordinata con uno sviluppo tecnologico non sempre – eppure per certi versi troppo – controllato, il visitatore inizierà con mentalità tipicamente occidentale a voler prendere quanto possibile, catturare immagini, carpire attimi, comprare souvenir da portare a casa (pretendendo sempre di contrattare un prezzo già irrisorio). Quando la sua fame di possesso sarà paga, si volgerà con disinteresse attorno a sé e, forse, solo allora ne resterà veramente colpito. Quasi imbarazzato dal suo colore che lo rende in qualche modo reo delle colpe di un passato che tarda a passare, si sentirà fuori luogo, grottesco per tutte le protezioni entro le quali si era nascosto fino a quel momento e, solo allora, verrà alla consapevolezza di non aver mai desiderato guardare, ma solo vedere, di non aver mai provato a mettersi in discussione, di non aver mai davvero voluto misurarsi con un mondo ritenuto troppo diverso, impossibile da penetrare.

Per la prima volta dal suo arrivo, il forestiero si renderà conto che la confusione e lo stordimento dei primi tempi in cui tutto sembrava accelerato e caotico erano da ascrivere alla novità e che, nei fatti, tutto in Africa procede lentissimo, come se il tempo conoscesse un ritmo diverso: flemmatico, placido, calmo¹.

¹ «L’europeo e l’africano hanno un’idea del tempo completamente diversa, lo concepiscono e vi si rapportano in modo opposto. Per gli europei, il tempo esiste obiettivamente, indipendentemente dall’uomo, al di fuori di noi, ed è dotato di proprietà misurabili e lineari. Secondo Newton il tempo è assoluto: “Il tempo assoluto, vero, matematico scorre in sé e per sé in virtù della sua stessa natura, uniformemente e senza dipendere da alcun fattore esterno”. L’europeo si sente al servizio del tempo, ne è condizionato, è il suo suddito. Per esistere e funzionare deve osservare le sue ferree e inalterabili leggi, i suoi principi e le sue rigide regole. Deve rispettare date, scadenze, giorni e ore. Si muove solo negli ingranaggi del tempo, senza i quali non può esistere. Ne subisce i rigori, le esigenze e le norme. Tra l’uomo e il tempo esiste un conflitto insolubile che si conclude sempre con la sconfitta dell’uomo: il tempo annienta l’uomo. Gli africani, invece, intendono il tempo in modo completamente opposto. Per loro si tratta di una categoria molto più flessibile, aperta, elastica, soggettiva. È l’uomo (un uomo, beninteso, che agisca conformemente al volere degli antenati e degli dei) che influisce sulla forma, sul corso e sul ritmo del tempo. Il tempo è addirittura qualcosa che l’uomo può creare: infatti l’esistenza del tempo si manifesta attraverso gli eventi, e che un evento abbia luogo oppure no dipende dall’uomo. Se due eserciti non si

La presa di coscienza determinerà una messa in discussione del proprio atteggiamento cui farà seguito un primo segno di apertura al mondo circostante: l'uomo occidentale ad un certo momento si chiederà se è ancora il caso di servirsi dei propri strumenti per conoscere l'altro o se, invece, è più opportuno rinunciarvi, atteso che le proprie categorie ermeneutiche non paiono capaci a dare la stura per l'*incontro* o, ancora, se è il caso di dotarsi di un supporto diverso, di indossare lenti nuove per avere nuovi occhi.

Il gesto *ermeneutico* di disponenza all'altro comporta un'apertura che si rende particolarmente complessa quando si tratta di approssimare l'orizzonte di significato africano: un'eventuale *fusione di orizzonti* tra il punto di vista occidentale e quello africano è messa seriamente in difficoltà dalla radicale differenza di prospettive che è da considerare con la massima cautela per non ripetere i gesti reificanti di un'interpretazione forzosa delle semantiche africane di cui si ha già tristemente memoria e ancora si esperisce la *storia degli effetti*².

Approssimare dal punto di vista di una mentalità che da secoli si boria del suo primato raziocinante una cultura tradizionale radicata al "prelogico"³ non è certo semplice, considerato anche che la prospettiva africana, custode fiera delle proprie tradizioni identitarie, pur si connota per la convinzione di non poter essere compresa dal logocentrico Occidente, ovvero da un mondo sì razionale da essere spesso stato incapace di intendere le *altrui ragioni* (come testimonia l'indelebile passato di sopraffazioni irragionevoli)⁴.

danno battaglia, la battaglia non avrà luogo (ossia il tempo non manifesterà la sua presenza, non esisterà). Il tempo è un risultato del nostro agire e sparisce ogni volta che sospendiamo o non intraprendiamo la nostra azione. È una materia sempre pronta a rinascere sotto il nostro influsso ma che, se non le trasmettiamo la nostra energia, cade in uno stato di ibernazione o affonda addirittura nel nulla. Il tempo è un'entità inerte, passiva e, soprattutto, dipendente dall'uomo. L'esatto contrario del modo di pensare europeo. Tradotto in pratica, significa che se ci rechiamo in un villaggio dove nel pomeriggio deve tenersi una riunione e sul luogo stabilito non troviamo nessuno, non ha senso chiedere: "Quando comincia la riunione?". La risposta è risaputa: "Quando la gente sarà riunita"». R. Kapuściński, *Ebano*, tr. di V. Verdiani, Feltrinelli, Milano, 2013, pp. 20-21. Dello stesso autore cfr. Id., *Se tutta l'Africa*, Feltrinelli, Milano, 2012.

² Il riferimento all'ermeneutica di Gadamer qui più metaforico che altro è tuttavia funzionale ad un inquadramento iniziale del rapporto tra mondi differenti, quello occidentale e quello africano, che si incontrano. L'approssimazione di due tradizioni culturali così dissimili, va anzitutto letta come questione ermeneutica, e certo anche etica, laddove i due universi di senso possono approssimarsi, ma certo non "fondersi", se si intende il senso della precompressione, della determinazione storica, dell'infinità e della circolarità del compito interpretativo, concetti, cari al filosofo tedesco. Cfr. H.G. Gadamer, *Wahrheit und Methode*, 1960, Tübingen; tr. it. *Verità e metodo*, a cura di G. Vattimo, Bompiani, Milano, (I ed. 1983), 2010 (in part. *Elementi di una teoria dell'esperienza ermeneutica*, pp. 312-437).

³ Cfr. la teoria del prelogismo dei popoli "primitivi", proposta da Lucien Lévy-Bruhl, su cui si tornerà nel corso dell'analisi: L. Lévy Bruhl, *L'âme primitive*, Presses Universitaires de France, Paris, 1927; tr. it. *L'anima primitiva*, a cura di A. Macchioro, Bollati Boeighieri, Torino, 1990.

⁴ È noto, infatti, che l'atteggiamento di sospetto del mondo africano rispetto a quello occidentale proviene dal passato colonialista, come ricordano fra gli altri F. Fanon, *Les damnés de la terre*, intr. J.-P. Sartre, François Maspéro éditeur, Paris, 1961; tr. it. *I dannati della terra*, a cura di C. Cignetti, Einaudi, Torino, 1967²; G.C. Spivak, *Critica della ragione postcoloniale*, a cura di P. Calefato, Meltemi, Roma, 2004; D. Chakrabarty, *Provincializzare l'Europa*, trad. it. M. Bortolini, Meltemi, Roma, 2004.

Tuttavia chiudere i due paradigmi nella loro identità ben definita, che si fa autoreferenziale impenetrabilità, espone ad un duplice rischio interpretativo: da un lato muovere da una prospettiva occidentale, tenendo fede al suo presunto primato, per aprirsi a quella africana potrebbe determinare una riduzione di quest'ultima al contesto di senso della prima, riproponendo una forma di neo-colonialismo intellettuale inaccettabile e, per altro verso, situarsi nella logica africana (ammesso che sia possibile rinunciare alle proprie precomprensioni), per tenersi stretti ad un'interpretazione fedele delle sue tradizioni culturali precipue, potrebbe voler dire chiuderla entro un pernicioso "fondamentalismo", incapace di intravedere la possibilità di un orizzonte condiviso⁵. A ben vedere, però, assumere un approccio classificatorio che innesca un meccanismo di riduzione del mondo storico ad *un certo numero* di civiltà fissate in una loro presunta identità monolitica che, nei fatti, acuisce le ripartizioni in fazioni impenetrabili, è l'esito di un'interpretazione multiculturalista da cui la presente ricerca si discosta, proprio per non dover rinunciare all'intrapresa.

Pertanto, il lavoro condotto è stato collocato entro l'angolazione dell'ermeneutica interculturale, costitutivamente non incline agli universalismi e, piuttosto, consapevole che le identità sono da riconoscere nella loro dinamica storicità e pluralità. Sicché è stato approssimato un aspetto della specificità culturale africana o, nel caso di specie, della narrazione identitaria beninese, che ha palesato una multidimensionalità endogena non del tutto circoscrivibile né pienamente condivisibile, il che è stato letto non a partire dalla prospettiva occidentale, ma da quella, più ampia dei diritti umani (di cui pur si è questionata l'universalità). Per tali ragioni la domanda che ha guidato il ragionamento è stata relativa alla possibilità di preservare il particolarismo tradizionale africano, perseguendo l'obiettivo di restituire senso e forza ai giudizi universalizzabili (che non vuol dire universali) forniti di validità etica, in ossequio al rispetto dei diritti umani fondamentali.

2.

Il presente lavoro è il risultato di una ricerca condotta con l'obiettivo di proporre un quadro approfondito delle semantiche della *malattia* e della *cura* così come sono intese

⁵ Ciò secondo la prospettiva gadameriana implica una comprensione del tu come riduzione all'io: «tale modo riduttivo corrisponde all'apparenza dialettica che è implicita nella dialettica del rapporto io-tu. Il rapporto io-tu non è un rapporto immediato, ma un rapporto riflesso. Ad ogni pretesa dell'uno corrisponde una pretesa opposta dell'altro. Di qui nasce la possibilità che ognuno dei due interlocutori sopraffaccia riflessivamente l'altro. Egli pretende di conoscere da sé le ragioni dell'altro, anzi di capirlo meglio di quanto egli stesso non si capisca. In tal modo il tu perde l'immediatezza con cui si rivolge all'altro. Viene compreso, il che significa però: anticipato dal punto di vista dell'altro e rinchiuso entro il cerchio della sua riflessione». H.G. Gadamer, *Verità e metodo*, cit., p. 415.

secondo la tradizione culturale del Bénin, esaminate attraverso la lente ermeneutica della *bioetica interculturale*.

La natura costitutivamente interdisciplinare della bioetica consente, infatti, di indagare la questione da angolazioni diverse e di avvalersi di metodologie plurime: alla descrizione socioantropologica ed etnologica della cultura terapeutica tradizionale beninese (cd. *folk health care system*) si accompagna la problematizzazione di argomenti di etica medica che chiamano in causa questioni religiose, giuridiche, economiche, politiche e filosofiche, ricostruite prestando attenzione particolare all'apparato bibliografico.

Tuttavia, lungi dal voler parodiare gli specialistici studi di africanistica, così come quelli di antropologia, etnologia, etnografia e di tante altre discipline opportunamente vocate allo studio dell'universo africano⁶ e, certo, riconoscendo una manchevolezza tecnica specifica dell'analisi, la ricerca ha rintracciato la possibilità di tematizzare questioni interrelate e diverse nella struttura plurima della disciplina bioetica, avvezza ad abitare le soglie, i confini, rinunciando agli sconfinamenti.

Inoltre, pur con la consapevolezza di esporre la ricerca alla critica opportunamente avversa ai luoghi comuni e agli stilemi retorici, si dica sin d'ora che si è fatto ricorso a categorie quali "Primo mondo", "Terzo mondo", "mentalità occidentale" ed "africana", dei lemmi "tribù", "famiglie", "comunità", "gruppi etnici" e a tante altre generalizzazioni omologanti e facili all'uso comune, con mero scopo semplificativo, giacché quelle espressioni, ormai in disuso negli ambienti specialistici, sono parse funzionali all'approssimazione ad un contesto semantico di non semplice inquadramento.

Difatti la realtà territoriale e culturale presa in considerazione, quella della Repubblica del Bénin, è stata individuata per la sua esemplarità in quanto "culla della religione vodun" oltre che terra di sincretismo religioso dove tutt'ora coabitano e coagiscono religioni diverse, tradizioni ataviche e culti endogeni che a tutt'oggi esercitano un'influenza molto significativa sulla vita e i comportamenti dei singoli e delle collettività, ma difficilmente riferibili secondo logica e razionalità. Per tali ragioni non è parso sufficiente limitarsi a leggere i contenuti di

⁶ Per quanto concerne la differenza tra le diverse discipline di carattere antropologico etnografia, etnologia, antropologia sociale, antropologia culturale, si veda la diversificazione del prof. V. Petrarca: «il termine etnografia viene assunto nel significato di studio descrittivo, mentre etnologia, nel significato interpretativo (comparazione, teoria generale, ecc.). Salvo alcune eccezioni (...), i due termini, quando non sono seguiti da altre specificazioni o delimitazioni geografiche, si riferiscono a realtà di studio riguardanti popoli extraeuropei, senza scrittura. Il termine antropologia sociale, legato ad esperienze di studio inglese, pure è riferito a realtà extraeuropee, con la particolarità di essere usato per quelle indagini che prendono in considerazione soprattutto gli aspetti istituzionali della vita sociale (apparati giuridici, familiari, religiosi, ecc.). Il termine antropologia culturale (...), è di derivazione statunitense e in genere sembra distinguersi dai precedenti soprattutto per il fatto d'essere adoperato in contesti relativi allo studio sia delle società cosiddette "primitive", sia di società complesse». V. Petrarca, *Demologia e scienze umane*, Guida, Napoli, 1985, p. 2 nota 2.

quella cultura da un punto di vista solo teorico-speculativo, ma si è provato a documentarla anche secondo una prospettiva pratico-esperienziale che potesse rendere possibile un chiaro decentramento del proprio punto di vista e una più decisa approssimazione a quel contesto di senso. La ricerca, infatti, è stata supportata da due soggiorni di studio in Bénin⁷, nel Marzo del 2016 e nel periodo Aprile-Maggio 2017, durante i quali sono state effettuate le interviste che si presentano nell'*Appendice* posta a conclusione del lavoro e che costituiscono una parte indispensabile della ricerca, giacché hanno contribuito ad orientarla, ad arricchirla ed a legittimarla. Rivolte ad interlocutori provenienti da strati sociali, gruppi culturali e contesti professionali differenti (studiosi, professori universitari, ministri, medici e personale paramedico beninese e non, guaritori, terapeuti tradizionali, responsabili di centri di cura, religiosi, persone comuni etc.), quelle interviste rappresentano il nerbo “sperimentale” di un lavoro che si è avvalso di strumenti plurimi e di una metodologia diversificata.

Alla luce di tale ricerca, il lavoro di tesi è stato strutturato in *Tre Sezioni*, precedute da una *Premessa* che offre qualche nozione di base sulle caratteristiche storiche, geografiche, politiche del Paese oggetto dello studio e ha lo scopo precipuo di informare della situazione politica, economica e sanitaria del Bénin, ricorrendo ai dati statistici più recenti.

Nella *Prima sezione* viene avvicinato progressivamente il contesto di studio: muovendo dalla descrizione della struttura societaria dei contesti tribali beninesi, ci si addentra nell'analisi dei costrutti identitari dei membri delle comunità familiari che, nella maggior parte dei casi, si vedranno sussunti entro una nozione di collettività tipica delle culture africane. Tali specificazioni sono particolarmente funzionali ad un'analisi della cura in

⁷ Il lavoro di ricerca è avvalorato da due esperienze di studio in Bénin, rese possibili in virtù del *Bilateral framework agreement* tra l'Università degli Studi di Napoli Federico II e l'Università di Abomey-Calavi di Cotonu (Bénin) istituito nel 2012 e riconfermato nel 2015, tutt'ora vigente. Supervisore locale della ricerca è stato il prof. Roch Hougnihin, responsabile della Cattedra di Antropologia medica e Direttore del Dipartimento di Sociologia, Antropologia e Filosofia dell'Ateneo beninese oltre che Coordinatore del Programma Nazionale di Farmacopea e Medicina tradizionale condotto dal Ministero della Salute, che è stato accompagnato nel percorso di correzione e revisione del presente lavoro dal ricercatore Marius Vignigbé. Lo studio ha potuto ulteriormente arricchirsi grazie alla condivisione dell'esperienza con i medici missionari dell'Associazione “Sorrìdi Konou Konou Africa Onlus”, presieduta dal prof. Enrico di Salvo. Riunita in Onlus nel 2013, l'Associazione, con sede presso il Dipartimento Universitario di Sanità Pubblica della Federico II, vanta già numerose missioni in Bénin che, oltre ad intervenire in maniera straordinaria in sostegno degli ammalati indigenti, hanno consentito di ristrutturare e potenziare ospedali, dare acqua ai villaggi, attivare progetti di microcredito, sostenere attività scolastiche ed orfanotrofi. Fondamentali luoghi di snodo delle ricerche sono stati anzitutto tre Ospedali beninesi: il primo, quello camilliano di Zinvié, guidato da padre Marius Yabi, il secondo, quello francescano di Gbemontin a Zagnanado, diretto dalla straordinaria attività di suor Julia Aguiar, ed il terzo, di Davougon condotto dai padri Christian Stenou e Bernard Moeglé che si rivolge prevalentemente alla cura della lebbra. Un altro incontro fondamentale per la ricerca è stato quello con Grégoire Ahongbonon, resosi possibile durante il secondo viaggio in Bénin, che ha consentito allo studio di approfondire la tematica della malattia mentale, attraverso le visite nei centri di cura e riabilitazione dell'Associazione *Saint Camille de Lellis* da quegli fondata. Sono stati, inoltre, visitati altri Centri di cura improntati alla medicina naturale e tradizionale oltre a Centri di accoglienza per le donne e i bambini polihandicappati, come la *Maison des Enfants*, ove è stato possibile approfondire la conoscenza delle tradizioni locali beninesi afferenti alle questioni della cura e della malattia.

quanto consentono di intendere le dinamiche sottese alle scelte sanitarie e di approssimare una precipua idea di condivisione dell'evento della malattia. L'analisi procede con il rendiconto dell'interpretazione tradizionale del manifestarsi dello stato patologico che viene riferito non tanto ad un ordine di tipo biologico-naturale, bensì religioso-spirituale. Il che porta all'attenzione il nesso salute, religione/tradizione ed etica che viene problematizzato tenendo conto di alcuni dei temi più cari al dibattito bioetico contemporaneo come il rilievo della diversità culturale in materia sanitaria (consenso e dissenso informati), il paternalismo e l'autodeterminazione rispetto alle decisioni di cura. Contestualmente viene proposto un approfondimento del sistema terapeutico tradizionale: la descrizione delle figure tradizionali preposte alla cura e l'analisi delle pratiche in uso consente di distinguere il ruolo dei *feticheurs* e dei *guerisseurs* che rappresentano il riferimento primario per la cura in un contesto ove la scelta terapeutica è direzionata anche da ragioni di ordine economico, considerati i proibitivi costi del sistema sanitario ufficiale. Ciò guida il ragionamento ad una ricostruzione storica del ruolo della medicina tradizionale testimoniando, con il ricorso ad atti e documenti ministeriali, tradotti per la prima volta nella lingua italiana, la volontà del Paese di ricomprendere il modello terapeutico tradizionale entro il sistema ufficiale delle cure.

Tale strategia comporta, come è manifesto, indubbi meriti, ma anche numerose problematicità che vengono discusse in maniera analitica al fine di intendere se il disegno ministeriale rappresenti effettivamente una modalità di riconoscimento della cultura terapeutica tradizionale beninese o se, invece, determini un compromesso lesivo dell'identità culturale di quel popolo e, dunque, dei diritti culturali, parte del catalogo dei diritti umani fondamentali. Il che conduce al problema portante di tutto il lavoro: quello della *mediazione tra tradizioni culturali e diritti umani*, ovvero della necessità di addivenire ad una *negoziiazione inclusiva* che, nella prima parte del lavoro, rimarca l'importanza di un riconoscimento effettivo, autentico ed inclusivo dell'identità culturale beninese in ossequio ai diritti umani fondamentali.

La *Seconda sezione*, invece, muove dal dubbio che *tutte* le tradizioni afferenti all'universo semantico della malattia e della cura siano da riconoscere e tutelare. Qui, una ad una verranno analizzate le tradizioni che prevedono strategie escludenti ed esiti drammatici per gli ammalati coinvolti e che, pertanto, entrano in contrasto con il catalogo dei diritti umani che, nella prima sezione, si erano dette rappresentare. L'interpretazione spirituale della malattia conduce ad intenderla come un evento drammatico, manifestazione esemplare del male, pericoloso non solo per il singolo che ne viene affetto, ma, in ossequio al concetto di identità collettiva prima chiarito, vulnerante e malaugurante per il gruppo tutto che si sente

minacciato dal soggetto portatore di quel male e ne teme il contagio (anche nei casi in cui la malattia non è trasmissibile dal punto di vista fisiologico come la malattia mentale). La conseguenza di tale convinzione tradizionale è che la cura viene ad essere intesa come *pharmakon* sociale, capace di liberare la comunità dall'evenienza dello stato patologico che ha colpito una sua parte. Pertanto il dramma si palesa allorché si manifestano casi di malattia cronica, incurabile od inguaribile, rispetto ai quali l'unica "cura" che il gruppo prevede per sé è eliminare l'elemento patogeno o, che è lo stesso, escludere il membro malato. L'esclusione è, infatti, la "terapia" prevista secondo la tradizione beninese per preservare la salute della comunità: meccanismo disidentificativo e disumanizzante per i malati che, riducendoli a *non persone*, incapaci di vivere al di fuori del costrutto identitario familiare, è negazione dei diritti ed, inevitabilmente, messa a morte.

Ciò precisato, l'analisi prosegue volgendosi alle diverse fasi della vita che denotano uno stato patologico irreversibile: dalla malformazione infantile al sopraggiungere della senescenza, non trascurando le altre malattie che possono manifestarsi nel corso della vita (malattia mentale, neoplasie, sterilità, lebbra), considerate dalla credenza culturale tradizionale come eventi particolarmente nefasti cui seguono prassi tradizionali inaccettabili dagli esiti degradanti per la persona umana e la sua dignità. Dall'infanticidio rituale dei bambini malformati alla contenzione di malati mentali legati ad alberi, alla sostituzione di donne spinte a rifiutare interventi chirurgici salvavita per non disattendere il ruolo procreativo di cui sono prigioniere, all'esclusione di lebbrosi e sieropositivi sino all'abbandono degli anziani malati lasciati senza cure, nutrimento ed idratazione, verranno istituiti confronti con le tipiche questioni oggetto del dibattito bioetico contemporaneo calate in maniera inedita in un contesto di senso sì peculiare.

Rispetto a tali ragionamenti, tuttavia, va usata una particolare cautela: addurre semplicemente l'abbandono di una tradizione culturale, quantunque mortifera, espone al rischio di imporre diritti e valori che, rispondendo ad una storia culturale altra, possono non trovare rispondenza nel contesto di senso in cui vengono applicati e, pertanto, essere percepiti come un innovato meccanismo coloniale eurocentrico. La contraddizione che si viene a creare è, dunque, la seguente: *tutelare alcune tradizioni determina la morte dell'uomo e dei suoi diritti, mentre calpestarle comporta la negazione dell'identità e, dunque, la morte della cultura tradizionale*. Pertanto all'esame di ciascuna patologia e della corrispondente strategia "terapeutica" tradizionale verrà approssimato l'esempio di una mediazione culturale esperita che, non ostando il rispetto della tradizione, riesce, ad un tempo, a garantire la tutela dei diritti e della dignità della persona del malato.

Si aggancia al dibattito sulle prassi tradizionali lesive della dignità e dei diritti umani la *Terza sezione* in cui ci si propone di discutere dal punto di vista teorico-speculativo il dilemma relativo alla possibilità di mediazione tra il rispetto del *particolarismo* delle culture – nel caso di specie le tradizioni di cura del Bénin – e l'*universalismo* dei diritti umani.

Anzitutto viene questionata la validità dei diritti umani, ovvero la possibilità che quei diritti siano applicati anche in un contesto di senso come quello beninese, rispondente a principi e valori del tutto dissimili rispetto a quelli in cui è sorta l'esigenza di formulare Carte e Dichiarazioni sui diritti umani considerati universali, ma non universalmente garantiti.

Ciò ha consentito al ragionamento di volgersi alla crescente attenzione dell'epoca contemporanea al pluralismo culturale e alla domanda di riconoscimento da parte delle culture, recuperata attraverso l'analisi del dibattito tra liberalismo e multiculturalismo e, in particolare, in riferimento alle posizioni di C. Taylor ed J. Habermas.

L'argomentazione si sofferma, poi, sul pensiero di Amartya Sen e Martha Nussbaum i quali non solo hanno consentito di inquadrare filosoficamente il problema centrale della ricerca, ovvero quello del rapporto tra il particolarismo culturale e l'universalità dei diritti umani, ma con il loro *approccio delle capacità* permettono di ripensare la condizione degli "esclusi" dalla tradizione beninese. Vengono, infatti, poste all'attenzione interessanti questioni di giustizia sociale nella misura in cui le politiche sono chiamate ad un ampliamento della nozione di cittadinanza, nel senso di un pieno riconoscimento delle persone fragili e sottoposte a gravi deprivazioni, che si faccia carico della loro riabilitazione ed inclusione e le valorizzi a partire dalle loro stesse capacità.

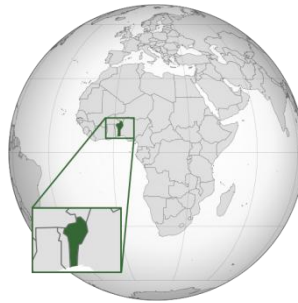
Infine la proposta teorica viene calata entro il contesto beninese: si domanda se i diritti umani, richiamandosi alle nozioni di individualità ed autonomia, effettivamente sono in contraddizione con i valori portanti della cultura africana, improntata alla nozione di identità collettiva e radicata ai principi del comunitarismo. Tale questione sarà analizzata con il ricorso a Documenti nazionali ed internazionali che, oltre a rimarcare la contestuale difesa dei diritti umani e delle peculiarità culturali, mostrano anche un certo avanzamento del diritto africano in direzione dell'individuale. Ciononostante, al fine di intendere se il dettato giuridico sia assumibile dalla cultura africana o se essa debba essere considerata immobile e chiusa nella ripetizione di tradizioni del passato, si ricorre alle riflessioni di Seyla Benhabib, docente di filosofia politica dell'Università di Yale la quale critica la visione statica e monolitica delle culture, propria di un certo multiculturalismo e, piuttosto, sottolinea la loro costitutiva dinamicità e disponibilità ad assumere il dettato dei diritti umani, attraverso lo strumento "iterativo" e partecipativo democratico.

Il pensiero della Benhabib consente, così, di accompagnare la chiusura del lavoro e di unire in un ragionamento complessivo i risultati della ricerca, nella misura in cui chiarisce come, in un orizzonte condiviso come quello globale contemporaneo, ciascuna cultura è chiamata a disporsi ad un autoesame delle proprie tradizioni che potranno conoscere un superamento delle prassi confliggenti con i diritti umani se e solo se l'avanzamento non sia "calato" dall'alto o imposto da altri.

L'apertura all'orizzonte interculturale dovrà, infatti, essere vissuta da ciascuna cultura come endogeno riconoscimento della necessità di autotrasformazione storico-situazionale delle proprie semantiche identitarie, orientata a raggiungere l'orizzonte condiviso ed inclusivo dei diritti umani, in ossequio alla nozione di cittadinanza umana alla quale si riconosce di appartenere. A supportare tale non semplice compito di scardinare automatismi tradizionali mediante negoziazioni che consentono di aderire, in maniera confacente ai propri valori, al linguaggio dei diritti umani, viene in aiuto la bioetica: strumento critico sempre più indispensabile per tenere insieme i particolarismi culturali e l'universalismo dei diritti umani, in virtù del suo ruolo di "ponte" che il lavoro di ricerca condotto ha provato a percorrere.

PREMESSA

La Repubblica del Bénin



PRESENTAZIONE DELLA REPUBBLICA DEL BÉNIN

1. Caratteristiche generali

Stato dell'Africa Occidentale situato nella zona tropicale tra l'equatore e il tropico del Cancro, il Bénin⁸ è confinante ad ovest con il Togo, a nord-ovest con il Burkina Faso, a nord-est è attraversato dal fiume Niger che lo separa dalla Repubblica del Niger, ad est incontra la Nigeria ed è bagnato a sud dal Golfo di Guinea.

Con una superficie di 112.622 km², il Bénin è uno dei paesi più contenuti dell'Africa occidentale (un ottavo delle dimensioni della Nigeria): si estende per circa 700 km di lunghezza, con una larghezza di 325 km al nord (alla latitudine Tanguiéta-Ségbana) e di 125 km lungo la costa. L'aspetto geomorfologico si usa distinguerlo in cinque regioni naturali per indicare la grande diversificazione del territorio, tutt'altro che ostile ed, anzi, in molte zone fertile e rigoglioso⁹. Il clima è equatoriale al sud, con alto tasso di umidità, mentre è tropicale al centro e al nord; su tutto il territorio durante la stagione secca soffia l'*harmattan*, un vento caldo e secco proveniente dal Sahara, mentre le precipitazioni medie annue nella zona costiera sono alquanto scarse, tant'è che rientrano nell'ordine di 360 millimetri nelle stagioni delle piogge (aprile-luglio, settembre-novembre). Ciononostante le temperature non oscillano di molto, ma variano tra un minimo di 23° e un massimo di 32°¹⁰, da qui le siccità che spesso colpiscono l'agricoltura¹¹, danneggiata anche dall'insufficiente approvvigionamento di acqua (la zona è, infatti, esposta al significativo rischio di desertificazione e deforestazione). Il Paese non dispone di grandi quantitativi di risorse naturali: vi sono piccoli giacimenti di petrolio off-shore, discreti quantitativi di legno e qualche miniera di ferro, oro, diamanti, fosfati, calcare e

⁸Lettura in italiano: *Benìn*; in inglese *Benìn*, in francese /be'nɛ̃/: cfr. B. Migliorini et alii, *Scheda sul lemma "Benin"*, in *Dizionario italiano multimediale e multilingue d'ortografia e di pronuncia*, Rai ERI, 2007.

⁹ Da sud a nord si incontrano: 1. una fascia costiera bassa e sabbiosa, caratterizzata da molte lagune comunicanti con l'oceano; 2. una pianura centrale, con zone collinari e altipiani che raggiungono un'altitudine dai 200 ai 400 metri nella zona di Nikki e che poi lasciano il posto alla valle del Niger e al bacino del Kandi che è una regione pianeggiante bagnata dal fiume Sota e dai suoi affluenti; 3. una zona montuosa a nord-ovest dove si trova la catena di Atacora e il punto più alto del paese: il monte Sokbaro (658 m) ad Aledjo; 4. una zona pianeggiante, a nord-ovest, tra l'Atakora e il confine con il Burkina Faso e il Togo, dove si trova la pianura del Gourma; 5. una enorme savana umida che occupa la maggior parte del paese, alcune zone di foresta al sud e al centro ed il restante territorio è occupato da colture, paludi e palmeti (molto nota è la zona del parco nazionale di Pandjari, che si trova al nord del Paese ed è ricco di vegetazione e fauna tipica di questi luoghi). Cfr. B. Plankensteiner, *Benin*, 5 Continent Edition, Milano, 2010.

¹⁰ Cfr. M. Fitzpatrick, G. Campbell, B. Carmichael, K. Wildman, I. Young, *West Africa* (quinta ed.), tr. it. *Costa d'Avorio, Ghana, Togo, Benin, Nigeria, Camerun. Tra cerimonie, leggende e amuleti*, EDT, Torino, 2003.

¹¹ L'uso del suolo si ripartisce in un 15% di colture con seminativi, 1% di colture permanenti e un 84% di altro, considerando che le terre irrigate sono circa 120 km². Manioca, mais, riso, cotone, igname, pomodoro, cipolla, anacardi ed arachidi (cajou), burro di karité, olio di palma, sesamo, frutta (ananas, mango, papaya, arancia) sono i prodotti agricoli che vengono coltivati ed anche, in piccola parte, esportati. Per tutte le informazioni riportate è stato consultato il sito della Repubblica del Bénin: <http://gouv.bj> (ultima visualizzazione ottobre 2016).

marmo, ma, come è noto, l'economia del Paese dipende ancora dall'agricoltura di sussistenza e dal commercio regionale¹².

La maggior parte della popolazione, circa il 70% del totale che raggiunge circa i dieci milioni di abitanti¹³, vive nelle pianure costiere meridionali dove sono localizzate le maggiori città: la capitale, Porto-Nuovo e la sede del governo e cuore economico del Bénin, Cotonou. Il nord del Paese, invece, è molto meno abitato in quanto, essendo costituito da altipiani semiaridi e ricoperti da savana, presenta condizioni climatico-naturali più difficili: resistono qui alcuni nuclei tribali particolarmente radicati alla cultura tradizionale e si registra una maggiore arretratezza diffusa¹⁴.

La lingua ufficiale è il francese, ma esistono oltre cinquanta lingue e dialetti locali tra i quali i più diffusi sono il *fon*, il *bariba*, il *dendi*, lo *yoruba*, l'*adja*, il *mina*, il *goun*, il *ditamarri*, il *nateni* e il *fulfulde*. Difatti in Bénin vi sono circa 40 gruppi etnici differenti: i più noti sono i Fon (che giungono al 40% della popolazione), gli Yoruba, (12%), gli Adja (11%), i Somba (5%), gli Ani (3%), ma anche i Bariba, i Betamaribé e i Fula ed altri (che rappresentano il restante 29% della popolazione) i quali, nonostante alcune tensioni latenti, convivono pacificamente e possono unirsi attraverso i matrimoni misti.

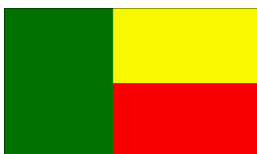
¹² La crescita del prodotto interno lordo, che ha avuto una media negli ultimi sei anni del 5%, è stata resa vana dal rapido aumento della popolazione, mentre l'inflazione è stata tenuta sotto controllo negli ultimi anni. Con lo scopo di aumentare ulteriormente il tasso di crescita dell'economia, il Bénin sta tentando di attirare ulteriori investimenti stranieri, dare maggior enfasi al turismo, facilitare lo sviluppo di nuovi sistemi di lavorazione degli alimenti e di nuovi prodotti agricoli, e incoraggiare le nuove tecnologie informatiche e delle telecomunicazioni. Il programma del 2001 riguardo alle privatizzazioni nei settori delle telecomunicazioni, acqua potabile, elettricità, e agricoltura è ancora in attuazione, nonostante le iniziali riluttanze del governo. Il Club di Parigi e gli accordi bilaterali con i paesi creditori hanno alleggerito la situazione del debito estero, accompagnando l'accelerazione delle riforme economiche strutturali. Inoltre, l'Indice di Sviluppo Umano delle Nazioni Unite colloca il Benin al 167° posto su 187 Paesi, con un terzo della popolazione che vive con meno di 1,25 dollari USD al giorno. La valuta nazionale è il Franco CFA (XOF). Questa stessa moneta è usata da tutti gli stati appartenenti all'Unione Economica e Monetaria Ovest-Africana (Union économique et monétaire ouest-africaine – UEMOA, alla quale appartengono il Benin, il Burkina Faso, la Costa d'Avorio, la Guinea-Bissau, il Mali, il Niger, il Senegal e il Togo). Il Bénin, inoltre, aderisce alla Comunità economica degli Stati dell'Africa occidentale (Economic Community of West African States - ECOWAS / Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest - CEDEAO). I maggiori scambi commerciali sono con il Niger, il Mali e il Burkina Faso, ma anche la Cina, l'Indonesia e l'India acquistano materiali dal Bénin, mentre i principali fornitori sono la Francia, il Ghana e la Costa d'Avorio. Ibidem

¹³ Secondo i dati OMS 2016 al 2015 si registrano 10.880.000 abitanti, di cui un 42.7% al di sotto di 15 anni, un 52.7% tra i 15 e i 59 anni e un 4.6% di over 60. Cfr. African Health Observatory – World Health Organization-Regional Office for Africa, *Benin: Factsheets of Health Statistics 2016*: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/3/37/Benin-Statistical_Factsheet_fr.pdf (ultima visualizzazione novembre 2016).

¹⁴ Dal 1999, il Benin è diviso in 12 dipartimenti (in precedenza i dipartimenti erano 6), divisi in 77 comuni, che sono: 1. Dipartimento di Alibori; 2. Dipartimento di Atakora; 3. Dipartimento dell'Atlantico; 4. Dipartimento di Borgou; 5. Dipartimento delle Colline; 6. Dipartimento di Donga; 7. Dipartimento di Kouffo; 8. Dipartimento del Litorale; 9. Dipartimento di Mono; 10. Dipartimento di Ouémé; 11. Dipartimento dell'Altopiano; 12. Dipartimento di Zou, dove si trova la città di Abomey, capitale dell'antico regno del Dahomey. I 12 Dipartimenti sono divisi in 77 comuni che raggruppano 546 distretti, i quali sono costituiti da 3557 villaggi e quartieri, ciascuno considerato un'entità amministrativa.

Le religioni più diffuse in Bénin sono quella cristiana (42%, di cui il 27, 2% sono Cristiani cattolici, il 5% cristiani celesti, 3,2% metodisti e 7,5% altri cristiani), quella musulmana (24,4%) e quella vodun (17,3%), oltre a un 6% di altre religioni locali o altro (1,9%), a un 6,5% di non religiosi e alla presenza di circa 11.000 testimoni di Geova¹⁵.

I simboli del Bénin sono la bandiera, lo stemma e il sigillo¹⁶.



La bandiera, adottata originariamente nel 1959, fu sostituita nel 1975 durante il regime marxista e reintrodotta il 1° agosto 1990. Si compone di tre rettangoli di uguali dimensioni. Il primo, posto in verticale sul lato sinistro, è verde, gli altri due sono disposti in orizzontale, a destra di quello verde e sono di colore giallo (in alto) e rosso (in basso). I colori, come spiegato nell'inno del Paese *La nuova alba*¹⁷, sono quelli tradizionali panafricani: il verde simboleggia la speranza, il giallo l'invito a mantenere la forza del Paese e il rosso il coraggio degli antenati.



Anche lo Stemma del Benin è stato reintrodotta nel 1990, dopo essere stato abolito nel 1975. Esso raffigura uno scudo diviso in quattro: il primo quarto d'argento rappresenta un castello tradizionale (Somba) d'oro con quattro torri sovrastate da bandiere; il secondo la Croce dell'Ordine della Stella nera del Bénin che simboleggia la vita; il terzo una palma di cocco che ricorda gli eroi; il quarto una nave a tra alberi che ricorda la penetrazione europea nel Paese. Lo scudo è sostenuto da due pantere maculate. Nella parte superiore vi sono due cornucopie di sabbia nere riempite di mais, simbolo di abbondanza. In basso vi è uno

¹⁵ Stime del governo americano: U.S. Department of State, *International Religious Freedom Report 2015*: <https://www.state.gov/j/drl/rls/irf/religiousfreedom/index.htm#wrapper> (ultima visualizzazione novembre 2016).

¹⁶ Per queste informazioni si veda il sito della République du Bénin: <http://gouv.bj/attributs-du-benin/>

¹⁷ L'inno nazionale *L'alba nuova* recita come segue: Bambini del Bénin in piedi/ la libertà di un grido sonoro/canta alle prime luci dell'alba/ Bambini del Bénin in piedi// In passato, al suo appello / I nostri antenati /senza debolezza/ Hanno saputo con coraggio ed ardore/ pieni di allegria/ liberare pagando il prezzo del sangue/ di combattimenti eclatanti/ accorrete anche voi/ costruttori del presente/ più forti nell'unità/ ed ogni giorno al lavoro/ per i posteri/ a costruire instancabilmente// rit.//Quando ovunque soffia un vento di rabbia ed odio/Beninese, sii fieri e con animo sereno/ fiducioso nel futuro, guarda la tua bandiera!/ Nel verde leggerai la speranza del rinnovamento/dei tuoi antenati il rosso evoca il coraggio/ Dei più ricchi tesori il giallo è il presagio//rit.//I tuoi monti soleggiati/ le tue palme, la tua verdura/ Caro Bénin, ovunque rappresentano la tua viva bellezza/ il tuo suolo offre ad ognuno la ricchezza dei frutti/ Bénin, d'ora in poi i tuoi figli siano uniti/ d'uno spirito fraterno condividono la speranza, di vederti felice per sempre nell'abbondanza //rit.// (Ivi, trad. mia).

striscione recante la scritta “Fratellanza, giustizia, lavoro”, termini chiave della Repubblica del Bénin.



Il sigillo dello Stato, costituito da un disco di centoventotto millimetri di diametro, raffigura una piroga con sei stelle a cinque punte che galleggia sulle onde, accompagnata in alto da un arco con una freccia in palma sostenuta da due remi incrociati, circondata dalla scritta “Repubblica del Bénin”.

2. La storia, la politica e le istituzioni

Alle origini, la terra sulla quale si erge l'attuale Bénin, era occupata da molteplici regni. I più in vista erano il regno di Danhomé o Dahomey (con capitale Abomey) e quello di Xogbonou o Hogbonou (con capitale Porto-Novo) nella parte meridionale del Paese i cui re discendevano dalla migrazione Adja-Fon proveniente dal limitrofo Togo; vi erano poi il regno di Allada, Nikki, Kouandé, Kandi ed altri sorti per iniziativa di altri popoli originari della Nigeria, del Niger e del Burkina Faso¹⁸.

L'antichissimo regno del Dahomey¹⁹ (1600-1900 ca.) è stato uno dei più grandi e potenti regni africani del passato: in continua lotta con i regni vicini, in particolare con i confinanti Yoruba della Nigeria, aveva confini che superavano di gran lunga quelli dell'attuale Repubblica del Bénin e, proprio in virtù della sua forza politico-economica in continua espansione, sin dal XV secolo non disdegnò contatti con i popoli occidentali (dapprima portoghesi ed olandesi, ma presto anche francesi, inglesi e spagnoli) al fine di

¹⁸ M. Dinucci, *Geostoria dell'Africa*, Zanichelli, Bologna, 2000.

¹⁹ Il regno di Dahomey ebbe nella sua storia diversi nomi tra cui *Danxome*, *Danhome* e *Fon*. Il nome *Fon* deriva dal gruppo etnico e linguistico più diffuso in quest'area, il popolo Fon. Cfr. su ciò R. Law, *Dahomey and the Slave Trade: Reflections on the Historiography of the Rise of Dahomey*, in «The Journal of African History», 27(1986) 2, pp. 237–267. I nomi di *Dahomey*, *Danxome* e *Danhome* hanno tutti la medesima origine storica, (interpretazione, questa, contestata dallo storico Edna Bay; cfr. E. Bay, *Wives of the Leopard: Gender, Politics, and Culture in the Kingdom of Dahomey*, University of Virginia Press, Charlottesville, 1998). La storia racconta che Dakodonu, considerato il secondo re dello stato, ottenne il permesso dai capi Gedeve, i governanti locali, di insediarsi nell'altopiano di Abomey. Dakodonu richiese inoltre le terre del capo Dan (o Da), richiesta a cui il capo rispose sarcastico: “Devo anche aprirti la mia pancia e consentire che tu vi costruisci una casa all'interno?” Per questo insulto, Dakodonu uccise Dan ed iniziò sul posto la costruzione del suo palazzo. Il nome del regno derivò dunque da questo incidente: “Dan” che vuol dire “capo”, “Dan, xo” che sta per “pancia”, “me” che significa “dentro di”. Cfr. J.C. Monroe, *In the Belly of Dan: Space, History, and Power in Precolonial Dahomey*, in «Current Anthropology», 52 (2011) 6, pp. 769–798; M.H. Hounnikpo- S. Decalo, *Historical Dictionary of Bénin*. Fourth Edition, The Scarecrow Press, Inc., Lanham-Toronto-Plymouth, 2013.

arricchirsi vendendo schiavi in cambio di articoli di lusso ed armi con le quali dichiarare guerra ai regni vicini²⁰.

Gli schiavi africani venivano recuperati da ogni parte del regno²¹ e condotti a Ouidah, cittadina a tutt'oggi rappresentativa della religione vodun, dove percorrevano in catene la lunga strada di quattro chilometri che li conduceva alle navi²² sulle quali venivano imbarcati, non prima di aver effettuato tre giri attorno all'*albero del ritorno*, gesto scaramantico che rappresentava per i negrieri un modo per liberare gli iniziati dal vodun, mentre per i nativi era una pratica simbolica ed un po' scaramantica che significava lasciare l'anima a casa, propiziando di ritornare per ricongiungersi con essa, prima o poi.

Per oltre un secolo venne mandata nelle Americhe, in particolare in Brasile e nei Caraibi, una media di 10.000 schiavi all'anno (per un totale di circa 12 milioni di uomini, che rappresenta la più grande deportazione di massa della storia dell'umanità) a lavorare nelle piantagioni e nelle miniere del Nuovo Mondo, i quali portarono con sé le proprie tradizioni e

²⁰ Il re fondatore di Dahomey fu Houegbadja (c.1645-1685), appartenente al popolo Fon, il quale fece edificare i Palazzi reali di Abomey, tuttora visitabili, ed estese molto i confini del paese. Gli successe nel 1700 suo nipote, il Re Agaia, che incrementò il potere del regno, anche se a seguito della sconfitta durante una guerra con l'impero Oyo (1720-1740) condusse il Dahomey a divenirne uno stato tributario. Nel 1818 re Adandozan fu rimpiazzato da suo fratello Ghezo, aiutato nella conquista del potere dallo schiavista brasiliano de Sousa, il quale sconfisse nel 1823 gli Oyo ed intensificò il commercio degli schiavi. Tuttavia verso la metà dell'800 Ghezo fu costretto a fermare i propri raids di uomini (a causa dell'accrescimento del potere della città di Abeokuta, contraria alla schiavitù e all'imposizione del blocco navale operato dagli inglesi nel 1851-1852) e di lì a poco il commercio degli schiavi vide la sua conclusione. Cfr. R. Law, *Dahomey and the Slave Trade: Reflections on the Historiography of the Rise of Dahomey*, cit. Il regno di Dahomey seppe intrattenere anche un'importantissima economia con gli europei, un'amministrazione centralizzata, un sistema di tassazione ed un esercito organizzati. Esempolari furono anche i prodotti artistici del regno, nonché le unità militari composte da donne note come Amazzoni di Dahomey, e le elaborate pratiche religiose vodun con grandi festività annuali.

²¹ Al fine di scappare dai re che li avrebbero resi schiavi e venduti ai colonizzatori molti uomini si rifugiavano nelle paludi limitrofe giacché per i re del Dahomey vigeva il tabù dell'acqua, il che non consentiva loro di spingersi oltre la terraferma nei loro raids di uomini. Ancora oggi si può, infatti, vedere il suggestivo villaggio di pescatori, situato a Gavié, costituito da palafitte erte sul lago omonimo nei pressi di Cotonou.

²² La deportazione degli schiavi cominciava a Place Chacha, di fronte l'abitazione di Francisco De Souza (che oggi ospita il museo São João Baptista de Ajudá). Lì si teneva "l'asta degli schiavi", durante la quale gli europei si contendevano la manodopera africana in cambio di prodotti quali alcool, stoffe, coltelli, spade e soprattutto armi da fuoco, molto richieste dai re indigeni per i conflitti intertribali. Gli schiavi prescelti erano quindi marchiati dai compratori e portati davanti l'*albero dell'oblio o della dimenticanza*, dove venivano bendati e fatti girare per nove volte in cerchio intorno all'arbusto, affinché perdessero l'orientamento e non potessero più ricordare la strada di casa. Gli schiavi prescelti erano poi costretti a sostare nelle capanne Zomai ("dove la luce non va"), al buio, anche per mesi, in attesa di essere condotti a bordo delle navi negriere. Il capolinea del percorso era la piazza Zoungbodji, in cui il re Agadja fece piantare l'"albero del ritorno" e, come detto, a seguito del rito propiziatorio, avveniva lo smistamento degli schiavi sulle navi. Ad oggi, sulla spiaggia, prima del mare è possibile vedere il monumento erto dall'ONU, la *Porta del non ritorno*, un arco monumentale ricoperto da bassorilievi che rammentano i momenti cruciali della tratta degli schiavi. La porta, patrimonio dell'UNESCO, divenuta ormai emblema del Paese, fu inaugurata il 30 novembre 1995 dall'allora Presidente della Repubblica, Nicéphore Soglo e dal segretario generale dell'ONU, Kofi Annan. Da contraltare a quel monumento si trova a pochi metri la *Porta del perdono*, edificata dai cristiani nel 2000 come segno di pentimento per la tragedia perpetrata.

ritualità, in particolare il vodun che vide un'enorme diffusione, tuttora esperibile in particolare nel sud America²³.

Gli scambi commerciali con gli europei favorirono l'istallazione lungo la costa (nota, appunto, come "Costa degli schiavi") di stazioni commerciali presto controllate dai governi britannico, danese, portoghese e francese, finché, nel 1704, la Francia fu autorizzata alla costruzione di un porto a Ouidah. Nel 1752 il Portogallo si espanse sino ad entrare in contatto con il regno di Porto-Novo ove, nel 1863, fu istituito il primo protettorato francese, a seguito di un accordo con il re di Porto-Novo, Toffa, che era in cerca di aiuti per contrastare le pretese del re di Abomey e gli attacchi degli inglesi stanziati a Lagos. Lo stesso anno Glèlè, re di Abomey, consentì ai francesi di stabilirsi a Cotonou; nel 1863 il sovrano del regno di Porto-Novo firmò un nuovo accordo di protettorato con la Francia, autorizzandola ad inviare un "residente francese" per aiutare il re e da quel momento i nativi non poterono più liberarsi degli europei²⁴.

Tra la fine del XVIII e l'inizio del XIX secolo tutto il Paese, oramai indebolito, fu sconfitto dai francesi che lo resero una colonia facente parte dell'Africa occidentale francese, conservando il nome del regno che, con la tenacia del suo leggendario re Behanzin, più resisté all'occupazione straniera: Danhomé o Dahomey²⁵. Il periodo coloniale durò circa settant'anni, dal 1894 sino al 4 dicembre 1958, anno in cui fu proclamata la Repubblica, anche se solo nel 1960 il Bénin conquistò la propria indipendenza, configurandosi come Repubblica presidenziale sotto il nome di Dahomey²⁶.

Il primo presidente, Hubert Maga, fu presto destituito da un colpo di stato militare nel 1963 al quale, nei nove anni successivi, seguirono altri quattro, oltre a nove cambi di governo e cinque modifiche alla Costituzione²⁷. Tale periodo di instabilità politica, cosiddetto "le

²³ P. Gilroy, *The black Atlantic. L'identità nera tra modernità e doppia coscienza*, Meltemi editore, Roma, 2003.

²⁴ Nel 1883 i protettorati francesi di Ouidah, Grand-Popo, Porto-Novo e Cotonou vennero uniti da un punto di vista amministrativo con il nome di *Les Établissements Français du Golfe de Benin* e sottoposti all'autorità dapprima del Governatore del Gabon e dal 1886 a quello del Senegal. Cfr. C. Zaghi, *La conquista dell'Africa. Studi e Ricerche*, 2 voll., Istituto Universitario Orientale, Napoli, 1984.

²⁵ Quando il re Béhanzin (1889-1894) salì al potere iniziò a razzare i protettorati francesi e rinunciò all'accordo sottoscritto dal suo predecessore per il porto di Cotonou. I francesi risposero con le guerre franco-dahomeane che si protrassero dal 1890 al 1894, sino alla vittoria definitiva della Francia che conquistò l'intero regno e nominò come nuovo re Agoli-agbo. Presto, però il re iniziò ad opporre resistenza ai tentativi di tassazione imposti dai francesi, i quali dissolsero il regno ed inviarono il re in esilio. Da questo momento i francesi stabilirono nel Dahomey una nuova struttura amministrativa basata su una suddivisione in cantoni governati da capi locali. La colonia francese includeva ora non solo il regno ma anche Porto-Novo ed una vasta area a nord. Cfr. C.W. Newbury, *A Note on the Abomey Protectorate*, in «Africa: Journal of the International African Institute», 29 (1959) 2, pp. 146-155.

²⁶ R. Cornevin, *La république populaire du Bénin des origines dahoméennes a nos jours*, Maisonneuve et Larose, Paris, 1981.

²⁷ L'atto di fondazione del periodo di instabilità politica è il colpo di Stato del colonnello Chistophe Soglo, che il 28 ottobre 1963 rovesciò il governo di Hubert Maga, il quale era stato eletto democraticamente. Dopo tre mesi di governo militare il paese tornò ad un governo civile, affidando la presidenza a Sorou Migan Apithy, con primo

folklore” in cui il Paese si guadagnò il nome di “figlio malato d’Africa” (*enfant malade de l’Afrique*²⁸), da ascrivere ai gravi problemi economici, alle evidenti disuguaglianze sociali e alle tensioni etniche, si interruppe nel 1972 quando un gruppo di ufficiali, guidati dal tenente colonnello Mathieu Kérékou, assunsero il controllo del Paese con un colpo di stato che segnò l’inizio di una dittatura militare ventennale.

Con Kérékou, nel 1975, il Paese assunse il nome di Repubblica popolare del Bénin²⁹, cambiamento questo che contribuiva a rappresentare la netta rottura rispetto al passato e l’indirizzo politico-ideologico subì un marcato orientamento verso il marxismo-leninismo rivoluzionario, tant’è che lo stato venne ironicamente denominato *Cuba d’Africa*³⁰. Dopo i disordini dovuti al malcontento diffuso degli anni ’80 del secolo scorso, il presidente propose per un indirizzo più moderato, ma i dissidenti che avevano accusato il governo di corruzione, violazione dei diritti umani e di aver condotto il Paese al fallimento, presero il potere. Il nuovo governo, guidato dal primo ministro, l’ex dissidente Nicéphore Soglo, nel 1991 vide le

ministro e vicepresidente Justin Ahomadégbé. Il 5 gennaio 1964 a seguito di un referendum fu adottata una nuova costituzione, tuttavia a seguito di incomprensioni tra i due capi di governo, il 1 dicembre 1965, furono costretti a dimettersi dall’esercito. Toccò poi al Presidente dell’Assemblea nazionale, Taïrou Congacou, ma Chistophe Soglo, divenuto generale, riportò all’esercito la guida del paese. Il 22 dicembre 1965 si autoproclamò presidente della Repubblica, ma fu presto rovesciato, il 17 dicembre 1967, da giovani ufficiali militari guidati dal comandante Maurice Kouandété che affidò il destino del paese al tenente colonnello Alphonse Alley. Nel maggio 1968 le elezioni presidenziali si orientano a restituire il potere all’autorità civile, tuttavia i tre leader politici tradizionali del paese (Hubert Maga, Sorou Migan Apithy e Ahomadégbé) non furono autorizzati a presentarsi alle elezioni ed accusarono le elezioni di boicottaggio. In loro assenza fu eletto uno sconosciuto, il dr. Basile Adjou Moumouni, il quale diede filo da torcere ai militari che, temendo a rischio i loro privilegi, pretesero, in virtù della scarsa partecipazione alle elezioni, di annullarle. A seguito di numerose pressioni, il 17 luglio 1968 fu installato alla presidenza Émile Derlin Zinsou, espulso dal colonnello Maurice Kouandété nel 1969 che affidò la gestione del paese al colonnello Paul Emile de Souza. Per superare questa fase di instabilità si decise poi di instaurare un triumvirato (Maga, Apithy e Ahomadégbé), con una rotazione della carica presidenziale: prima fu il turno di Maga, poi subentrò Ahomadégbé, ma presto, nel 1972 l’esercito prese di nuovo il potere con il colpo di Stato del capo di battaglione Kérékou. (Per questi dettagli cfr. il sito della Repubblica: <http://gouv.bj/histoire/>).

²⁸Cfr. E. Aballo, *Bénin: de «l’enfant malade» de l’Afrique au modèle de démocratie ?*, in «Libre Afrique», <http://www.librefrique.org/aballo-democratie-benin-270416> (ultima visualizzazione settembre 2016).

²⁹ Non bisogna confondere il nome del paese con la città di Benin City che si trova in Nigeria. L’omonimia è, evidentemente da ascrivere alla prossimità con il golfo del Benin. Del resto il nome della città nigeriana deriva dall’antico Regno del Benin o Regno di Edo (da non confondere con il Regno del Dahomey) sorto nel 1180 sul territorio dell’odierna Nigeria e sconfitto nel 1897dagli inglesi che ne fecero prima un protettorato e poi una colonia. Invece per quanto concerne la Repubblica del Bénin, il nome fu scelto per la sua neutralità, dal momento che nel paese coesistono molteplici gruppi etnico linguistici e l’antico nome Dahomey risultò inappropriato per definire tutta la nazione in quanto rimandava all’antico regno Fon.

³⁰ Dopo la fase di instabilità politica, il secondo periodo in cui usa dividersi la storia politica del Bénin è caratterizzato dalla fase militare-marxista che va dalla presa del potere di Kérékou alla Conferenza nazionale del febbraio 1990. Nel 1975 la Repubblica del Dahomey, ribattezzata con il nome di Bénin, proclama la sua adesione all’economia socialista di orientamento marxista-leninista. Il paese fu avvolto nel giogo dittatoriale, molti oppositori furono uccisi, torturati o esiliati. Dalla metà degli anni 80 il paese attraversò una crisi economica senza precedenti derivante da una serie di fattori, su tutti la morosità internazionale, la cattiva gestione, la concussione e l’imperizia. Trovandosi in bancarotta lo Stato cessò di pagare i salari. Dinanzi a questa situazione, nutrita dalle ideologie del Partito Comunista del Dahomey, si verificarono numerose manifestazioni di protesta. Disarmata, la giunta militare marxista si rassegnò ad approvare riforme politiche, economiche e sociali: il 6 dicembre 1989 abbandonò il socialismo come orientamento ideologico di Stato, reintegrò gli esiliati politici, e convocò una Conferenza Nazionale, o “Stati generali” per il successivo febbraio.

prime libere elezioni multipartitiche durante le quali Soglo sconfisse Kérékou. Tuttavia ben presto, nel 1996, dopo cinque anni di governo rigido ed autocratico di Soglo, Kérékou fu rieletto alla carica presidenziale³¹. La dura rivalità tra i due si ripropose nel 2001, ma nuovamente assunse la carica presidenziale Kérékou, moderando le sue posizioni dittatoriali comuniste, fino a quando nel 2006 fu eletto presidente Thomas Yayi Boni, ex Presidente della Banca per lo Sviluppo dell'Africa Occidentale (BOAD), riconfermato durante le elezioni del 2011³². Le ultime elezioni hanno visto, infine, un duro testa a testa tra Lionel Zinsou e Patrice Talon, un noto uomo d'affari che è divenuto il nuovo presidente della Repubblica del Bénin lo scorso Aprile 2016.

La Repubblica del Bénin è di tipo parlamentare monocamerale: il Parlamento è costituito, sin dall'indipendenza del 1960, dall'*Assemblée Nazionale*³³, come confermato dall'art. 79 della Costituzione dell'11 dicembre 1990 che riconosce a quest'organo, composto da 83 deputati, il potere legislativo e di controllo dell'azione del governo. Per la composizione dell'Assemblée Nazionale vengono tenute elezioni ogni quattro anni, mentre il presidente della Repubblica è eletto ogni cinque anni.

Il potere esecutivo è affidato al *Presidente della Repubblica* che è anche capo dello Stato e del Governo. A lui è demandato il compito di nominare i membri del governo, affidargli i poteri e sollevarli dalle funzioni. Il Presidente della Repubblica, assieme ai membri del governo, costituiscono il *Consiglio dei Ministri*, organo che ha il compito di deliberare sulle decisioni relative alla politica generale dello Stato, i progetti di legge, le ordinanze e i decreti normativi.

Uno dei problemi che ha sempre caratterizzato la democrazia beninese è l'accentramento del potere politico nella figura presidenziale. Pertanto, con lo scopo di monitorare l'azione del governo, sono state create delle istituzioni come l'Alto consiglio della

³¹ La terza fase politica attraversata dal Bénin è quella del rinnovamento democratico, tutt'ora in corso. Dal 19 al 28 febbraio 1990 durante la Conferenza Nazionale furono prese due decisioni fondamentali: la prima fu economica, ovvero si optò per il liberismo, la seconda politica, che diresse il paese verso la democrazia e lo Stato di diritto. Per un periodo di transizione di un anno fu nominato un Primo ministro Nicéphore Soglo, direttore della Banca Mondiale, per affiancare il generale Kérékou alla presidenza, che, tuttavia, risultava svuotata di molte prerogative. Il governò, guidato dai due attori principali, mirò ad attuare le azioni chiave previste dalla Conferenza Nazionale, al fine di giungere all'adozione di una nuova Costituzione e all'organizzazione delle elezioni generali. Fu così che l'11 dicembre 1990 fu promulgata la legge della Quinta repubblica, votata da un referendum, che rifletteva pienamente le decisioni della Conferenza Nazionale, ovvero il passaggio alla democrazia e allo Stato di diritto. In forza di tale legge il paese opta per un sistema repubblicano presidenziale che vede la separazione dei tre poteri: esecutivo, legislativo e giudiziario.

³² L'ascesa inaspettata al potere di Yayi Boni fu vista come espressione di una politica per la prima volta spontanea, espressa con il 75% dei voti. Il principale avversario di Boni fu Adrien Houngbedji, ma nel 2011 al primo turno Boni riconfermò la sua carica con il 53% dei consensi.

³³ Il portale dell'Assemblée Nazionale del Bénin è alla pagina: <http://assemblee-nationale.bj/fr/>; per le altre informazioni sulle istituzioni beninesi si veda il sito ufficiale della Repubblica del Bénin alla sezione "istituzioni": <http://gouv.bj/institutions/>

Repubblica, costituito per ricoprire il ruolo di regolatore del funzionamento delle Istituzioni e dell'attività dei poteri pubblici. Tale organo è stato sostituito dalla *Corte Costituzionale* che, in base alle disposizioni dell'art. 114 della legge 90/32 dell'11 Dicembre 1990 della Costituzione del Bénin, si definisce «la più alta giurisdizione dello Stato in materia costituzionale. Essa giudica la costituzionalità della legge e garantisce i diritti fondamentali della persona umana e le libertà pubbliche. Essa è l'organo regolatore del funzionamento delle istituzioni e dell'attività dei poteri pubblici»³⁴.

Vi è poi la *Corte Suprema* che è la più alta giurisdizione dello Stato in materia amministrativa, giudiziaria ed economica. È competente anche per ciò che concerne il contenzioso delle elezioni locali e le sue decisioni non sono suscettibili di alcun appello, ma sono vincolanti per il potere esecutivo, legislativo e giudiziario³⁵.

Vi è poi l'*Alta Corte di Giustizia* che, ai sensi dell'art. 136, «ha il compito di giudicare il Presidente della Repubblica e i membri del Governo in relazione a fatti qualificati come alto tradimento, i reati commessi durante l'esercizio o in occasione dell'esercizio delle loro funzioni, e per giudicare i loro complici in caso di cospirazioni contro la sicurezza dello Stato». È composta dai membri della Corte Costituzionale, escluso il Presidente, sei membri eletti dall'Assemblea Nazionale e dal Presidente della Corte Suprema.

A tali organi si aggiungono:

- il *Consiglio economico e sociale* che esprime il proprio parere sui progetti di legge, ordinanze o decreti, soprattutto a carattere economico e sociale nonché sulle proposte di legge che vengono presentate direttamente ad esso;
- il *Mediatore della Repubblica* che è, invece, colui che «riceve reclami relativi al funzionamento delle amministrazioni centrali dello stato, delle collettività decentralizzate e delle istituzioni pubbliche e studi al fine di apportare soluzioni eque. Egli suggerisce al Capo dello Stato delle proposte per il funzionamento normale e l'efficienza dei servizi pubblici. Egli contribuisce in generale al

³⁴ La Corte Costituzionale è composta da sette membri (magistrati e giuristi) di cui quattro nominati dall'Assemblea Nazionale e tre dal Presidente della Repubblica per un mandato di cinque anni, riconfermabile una sola volta. Sin dalla sua creazione nel 1993, la Corte Costituzionale del Bénin è sempre stata diretta da una donna.

³⁵ Il Presidente della Corte Suprema è nominato per cinque anni dal Presidente della repubblica, con l'approvazione del Presidente dell'Assemblea Nazionale, tra giuristi e magistrati con esperienza professionale di almeno quindici anni. I compiti della Corte Suprema sono: esercitare un controllo normativo e disciplinare sulle decisioni dei tribunali inferiori; sanzionare in caso di violazione della legge le azioni e i comportamenti delle amministrazioni; gestire il contenzioso delle amministrazioni locali; ricevere la dichiarazione giurata sui beni e sul patrimonio del Presidente della Repubblica e dei Membri del governo; controllare la campagna elettorale; formulare in materia giudiziaria, amministrativa e relativa ai conti dello Stato sentenze non impugnabili; informare sui progetti di legge prima della loro trasmissione all'Assemblea Nazionale; fornire consulenza legale e consultiva al governo sui testi che vengono sottoposti alla sua approvazione.

miglioramento dello Stato di diritto e della *governance* amministrativa» (art. 8 legge n. 2009 dell'11 agosto 2009);

- l'*Alta Autorità del servizio Audiovisivo e della Comunicazione* (Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication - HAAC), sorta nel 1994, è una delle sette istituzioni repubblicane previste dalla Costituzione del Bénin che ha il compito di regolamentare il lavoro dei media (Stampa, Radio e Televisione), garantendo un trattamento etico dell'informazione oltre ad un accesso equo dei cittadini ai media del servizio pubblico;
- l'*Autorità di Regolazione delle Comunicazioni Elettroniche e delle Poste* (Autorité de Régulation des Communications Électroniques et des Postes –ARCEP) che regola un settore, quello delle telecomunicazioni, percepito come indispensabile per lo sviluppo in quanto ha un effetto trasversale che si moltiplica sull'insieme degli altri settori dell'attività economica.

Nel contesto internazionale il Bénin è membro dell'Unione Africana (UA), principale organizzazione nel campo della promozione della pace, della sicurezza, della stabilità e dell'integrazione socio-economica del continente, finalizzata al rafforzamento dell'unità tra i paesi e i popoli africani, considerata prerequisito per l'attuazione dello sviluppo. Succeduta all'Organizzazione dell'Unità Africana (OUA) nel 2002, l'UA comprende ad oggi tutti gli stati del Continente africano. Nel 1981 gli allora 53 stati membri dell'UA hanno ratificato la *Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* (o *carta di Banjul*), dichiarazione regionale sovraordinata e unitaria dei diritti la cui promozione e protezione sono affidate alla *Commissione africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* e alla *Corte africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* (nel 2004 assimilata dalla *Corte di giustizia dell'unione africana*³⁶).

Il Bénin è anche membro di numerose altre organizzazioni africane tra cui:

- la Comunità economica degli Stati dell'Africa Occidentale (*Communauté Economiques des Etats de l'Afrique de l'Ouest* – CEDEAO) ;
- l'Unione economica e monetaria dell'Africa Occidentale (*Union Economique Monétaire Ouest Africaine* – UEMOA);
- il Consiglio dell'Intesa (*Conseil de l'Entente*)
- L'Organizzazione comune Africana e Malgascia (*Organisation Commune Africaine et Malgache* – OCAM)

³⁶ A. Marchesi , *La protezione internazionale dei diritti umani. Nazioni unite e organizzazioni regionali*, Franco Angeli Editore, Milano, 2012.

Nel panorama mondiale il Bénin è membro dell'Organizzazione delle Nazioni Unite dal 20 settembre 1960, quando ancora era chiamato Dahomey.

3. Cultura, tradizioni e religioni

Come detto, in Bénin sono presenti circa 40 gruppi etnici, ciascuno dei quali caratterizzato da culture, tradizioni e credenze religiose differenti che si riconoscono come indipendenti l'una dall'altra, anche se non è impossibile individuare linee di continuità o affinità morfologiche sia quanto ai principi che rispetto agli aspetti rituali³⁷. Difatti, «la maggior parte dei popoli del Sud Bénin ha radici culturali simili, se non identiche, e quasi tutte hanno le stesse origini storiche. Questa è la ragione per la quale il fenomeno religioso in questa parte del mondo si manifesta generalmente nel Vodún nei popoli Aja, Ewe, Gê, Gun e Fon (e altri popoli dello stesso ceppo culturale) o Orisha, presso i popoli Nago o Yoruba (e altri popoli dello stesso ceppo culturale)»³⁸.

La religione tradizionale beninese è solitamente ricompresa nel novero delle religioni animiste³⁹ e, in virtù del suo legame con il culto Vodun, riconosciuto nel 1996 come una delle religioni ufficiali (la cui festa nazionale è il 10 gennaio) del Paese⁴⁰, viene sovente accompagnata ai concetti di feticismo⁴¹ e sciamanesimo⁴².

³⁷ Lo studioso V. Petrarca identifica nel termine «pagane» le religioni tradizionali, basiche legate tra di loro da una «parentela morfologica» e segnate dall'incontro storico-geografico con il cristianesimo: cfr. V. Petrarca, *Pagani e cristiani nell'Africa nera*, Sellerio, Palermo, 2000.

³⁸ C.D. Zinzindohoue, *Traditional religion in Africa: The vodun phenomenon in Benin*, in C. D. Isizoh (a cura di), *Christianity in Dialogue with African Traditional Religion and Culture*, Ceedee Publications, Roma, 2001, pp. 137-168, ivi, p. 137 (trad. mia). È consultabile online una versione dello stesso articolo in francese: <http://www.youscribe.com/catalogue/rapports-et-theses/autres/le-fait-religieux-et-culturel-vodun-au-benin-2449945> (ultima visualizzazione settembre 2016). Cfr. anche J. Gleason, *Orisha: the Gods of Yorubaland*, Atheneum, New York, 1971; M. Guérin, *Le voodoo fon dans le Royaume d'Allada (Bas-Dahomey): ses images et ses symboles*, Cotonou, 1972; J.L. Olumide, *The Religion of the Yorubas*, Athleia Henrietta Press, New York, 1996.

³⁹ Cfr. su ciò M. Eliade, *Traité d'histoire des religions*, Payot, Paris, 1948; tr. it. *Trattato di storia delle religioni*, a cura di V. Vacca, Bollati Boringhieri, Milano, (I ed. 1976) 1996.

⁴⁰ Durante il governo marxista di Kérékou il culto vodun fu bandito perché considerato contrario a un'etica socialista e razionale del lavoro. Tuttavia nel 1989 con l'avvento della svolta moderata le pratiche religiose tradizionali furono nuovamente consentite sino al febbraio 1996 allorché il governo del Benin riconobbe formalmente il vodun come una delle religioni ufficiali.

⁴¹ «Il termine *feticismo*, applicato al culto degli animali, delle pietre, delle piante e delle immagini umane delle prime divinità, rende assai bene questo processo di alienazione religiosa, nei rapporti tra i membri di uno stesso gruppo. In portoghese “feitiço” significa *manufatto*, e quindi anche l'amuleto, il talismano, il sortilegio, l'atto di magia in generale, nel linguaggio popolare. La parola, derivata dal latino della decadenza *factitius*, si ritrova nell'italiano “fattura”. I marinai e i mercanti portoghesi, che vennero a contatto con genti primitive nei territori da loro esplorati sulle coste dell'Africa occidentale (Loango), chiamarono *feticci* tutti quegli ornamenti rituali che gli indigeni portavano sulla loro persona, a simiglianza dei talismani cristiani, e poi le statuine a figura umana che adoravano nel corso delle loro cerimonie sacre, ritenendole dotate di poteri soprannaturali e abitate da uno o più “spiriti” (...). Mentre i teologi lo presentano [il feticismo] come il risultato della degradazione del sentimento religioso, dopo la fase monoteistica iniziale, facendolo sinonimo di “idolatria”, la maggior parte degli

Il Vodun, fatto afferire storicamente alle religioni africane “primitive”, è una saggezza filosofica che si estende oltre gli ambiti individuali per accogliere dimensioni più ampie della vita e dell’universo. Esso propone un’articolata visione del mondo che si avvale di molteplici divinità⁴³ e teorizza il culto degli antenati⁴⁴ ponendo in essere una relazione tra mondo visibile ed invisibile. Il cosmo, infatti, è concepito come un tutt’uno: ciò che esiste nella creazione è parte e manifestazione di un’entità ancestrale, ineffabile ed eterna che si esprime attraverso le forze del cosmo ed è la fonte mistica di tutto ciò che esiste.

La credenza Vodun è ben organizzata in un sistema di aggregazioni religiose guidate da sacerdoti (*papaloo*) e sacerdotesse (*mamaloo*) che amministrano i templi e le comunità, ricoprendo ruoli di responsabilità nei luoghi di formazione dei seguaci e gestendo attività di interesse comunitario. Per i suoi seguaci il Vodun è la forza segreta che presenzia tutte le cose

studiosi razionalisti cade nell’errore opposto considerandolo come il momento più antico nella storia dell’evoluzione religiosa». A. Donini, *Breve storia delle religioni*, Newton, Roma, 1991, ried. 2008, pp. 70-71.

⁴² Secondo l’avviso di Donini lo sciamanesimo, «singolare prassi rituale (...), non costituisce una delle religioni “naturali”, propria soltanto di alcune popolazioni, ma rappresenta una fase comune nello sviluppo religioso dell’umanità. Il nome deriva da *shamàn*, adattamento inglese dall’uro-finnico e tunguso *šamàn*, che indica una “persona frenetica”, e dal pali *samàna*, “prete buddista”, entrato nelle lingue occidentali attraverso il russo. La sua specialità è quella di evocare gli spiriti, buoni o cattivi, grazie alla tecnica dell’estasi, per guarire gli ammalati, predire il futuro, denunciare i colpevoli, nell’interesse del singolo o della comunità. Tale capacità, che è posseduta solo da alcuni individui, dotati di speciali qualità psichiche, non di rado di origine nervosa o addirittura epilettica, permetterebbe loro di entrare in comunicazione con potenze superiori, divinità o semplici spiriti, e di identificarsi con esse. Il fenomeno è vastissimo, e va dalla Siberia del nord all’Asia centrale e meridionale (eschimesi, tungusi, altaici, buriati, mongoli), all’Africa e all’America settentrionale, specialmente tra gli indiani della California e delle regioni nordiche, dove dominava anche lo sciamanesimo femminile (...). La seduta sciamanica, caratterizzata da danze sfrenate e incontrollate, si effettua soltanto di sera o di notte. Di tutti gli spiriti di cui si ritiene animato l’universo, uno solo agisce attraverso lo sciamano: è il suo protettore personale, la potenza invisibile alla quale si ritiene vincolato e al limite asservito (...). Nella storia delle religioni, il termine *sciamanesimo* viene esteso ormai a tutti i culti di tipo “animistico”, che implicano l’intervento di guaritori e indovini, profeti ed esaltati di tutti i generi, verso i quali le popolazioni a livello etnologico, e oltre, nutrono un superstizioso terrore. Investito del “sacro”, con il compito di assicurare i rapporti tra il mondo degli spiriti e l’uomo, lo sciamano non è altro che l’equivalente del mago iranico-babilonese, del *cohen* ebraico, della Pizia ellenica e dell’esorcista cristiano». Ivi, pp. 78-79. Cfr. anche M. Bouteiller, *Chamanisme et guérison magique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1950; M. Eliade, *Le Chamanisme et les techniques archaïques de l’extase*, Payot, Paris, 1951; tr. it. *Lo sciamanesimo e le tecniche dell’estasi*, Bocca, Milano, 1954; De Martino, *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino, 1948 (poi Bollati Boringhieri, Torino, 2007).

⁴³ Il Vodun concepisce la molteplicità dell’universo come illusoria: i vari aspetti del mondo sono unificati da un ente supremo, creatore, motore, essenza che nutre la materia e potenza che dà forma alla sostanza la quale, senza la forma divina, sarebbe caos. Al di là dell’ente supremo, nel Vodun esistono molte divinità, al punto che se ne contano fino a 250: «*Achin* è un “ta Vodun” cioè “Vodun della testa, nel senso che viene poggiato sulla testa dell’adepto in forma di amuleto (...); *Bognaho* è un “dirigente di onomastico” (...); *Hèvio* è il Vodun dei tuoni, dei fulmini; *Legba* è un Vodun a volte generoso, in altri casi pericoloso. Un suo simulacro in terra è posto all’ingresso del villaggio come segno di protezione; *Toxosu* è una divinità che si incarna nel seno di una donna chiamata “Innocente” la quale partorisce bambini segnati da profonde malformazioni (...); *Vodun Dan* è il Vodun della ricchezza. È rappresentato da un serpente che stiscia e si nasconde nel terreno, ma ascende poi in cielo in forma di arcobaleno (...)» P.L. Guiducci, *La Chiesa e il culto Vodun in Bénin*, in «Storiain», 1/03/2015: <http://www.storiain.net/storia/la-chiesa-e-il-culto-vodun-in-benin/> (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁴⁴ Per la cultura Fon-Adja ogni essere umano è in relazione permanente con i morti; sussiste infatti la credenza che dopo la morte la vita non si interrompa, ma prosegua in modo diverso. È infatti frequente trovare nei villaggi una piccola costruzione ove sono conservati i resti dei defunti che è considerata ambiente di culto dei morti. J. Adandé, *L’animisme au Bénin, texte introductif sur le Vodoun*, 2003 : www.bj.refer.org/benin_ct/tur/vodoun/present (ultima visualizzazione novembre 2016).

e che si manifesta all'essere umano con rituali caratterizzati da simbolismi esoterici e da un'enfasi estatica. I riti, infatti, consentono ai fedeli di entrare in contatto con la divinità, contemplandola ed intravedendone il mistero: il Vodun deve essere invocato ed agisce solo per il tramite dell'essere umano che, per poterlo possedere od esserne posseduto – spesso attraverso l'uso di sostanze stupefacenti⁴⁵ – deve essere iniziato, ovvero diventare *vodunsi*, il che determina l'imposizione di un nuovo nome che sancisce la rinascita dell'adepto il quale è introdotto ai riti ed alle tradizioni (con frequenza ai rituali per i quali è usato il potere curativo delle piante associandolo con altre componenti minerali ed organiche⁴⁶).

«Vodun designa una divinità venerata ed adorata. Definisce anche la struttura sociale, psicologica e sovranaturale sorta in forza di tale religiosità popolare. In effetti, la realtà vodun impregna tutto l'insieme socio-culturale, socio-politico e socio-economico di queste aree culturali. Prima dell'arrivo del cristianesimo, era facile vedere come tutta la struttura sociale, a cominciare dalla famiglia, ne era impregnata»⁴⁷. La credenza vodun viene introiettata nelle dinamiche comunitarie al punto da definirne gerarchie e ruoli sociali, oltre a significare la dimensione politica e sinanche economica dei rapporti tra i membri del gruppo.

Alcuni aspetti del Vodun risultano familiari al credo cattolico⁴⁸ sicché si dispongono al sincretismo con quest'ultimo, fenomeno particolarmente frequente in Bénin, soprattutto in virtù del proselitismo missionario⁴⁹ (detto anche “inculturazione”⁵⁰) che ha consentito

⁴⁵ «Strettamente associato alle esperienze dello sciamanesimo è l'uso di tutta una varietà di droghe, che stimolano la cosiddetta “separazione dell'anima dal corpo”, con manifestazioni di elitismo acuto e di delirio rituale, tipici di moltissimi culti estatici e divinatori (...). L'uso narcotizzante della droga viene spiegato con particolari forme di mito e di comportamento rituale, che rievocano i vari momenti della raccolta delle erbe, delle radici e dei fiori e le fasi di preparazione della bevanda intossicante. E la sua consumazione si accompagna ai fenomeni della divinazione, del profetismo, delle danze orgiastiche a sfondo erotico, dell'estasi: e lo stesso vale per tutti gli altri culti analoghi, fuori dall'area mediterranea». A. Donini, *Breve storia delle religioni*, cit., pp. 79-80.

⁴⁶ Cfr. B. Maupoil, *La Géomancie à l'ancienne Côtes des Esclaves*, Institut Ethnologie, Paris, 1988.

⁴⁷ C.D. Zinzindohoue, *Traditional religion in Africa: The vodun phenomenon in Benin*, cit., p. 138. Cfr. anche R. Sastre, *Les Vodun dans la vie culturelle, sociale et politique du Sud-Dahomey*, in *Les religions africaines comme source de valeurs de civilisation*, Colloque de Cotonou, 16-22 août 1970, Présence Africaine, Paris, 1972, pp. 341-342.

⁴⁸ Ad esempio anche per il Vodun esiste una vita dopo la morte, anche se la concezione dell'anima è diversa perché è considerata come entità distinta in una parte più materiale, strettamente legata al corpo, al punto di lasciarlo solo dopo la morte; ed una più sottile, in grado di lasciare spesso il corpo (anche durante la notte), esponendosi così ad influssi esterni, al punto che può essere “catturata” da malintenzionati. Per difendersi dagli attacchi all'anima sottile i sacerdoti vodun preparano amuleti e feticci. Il Vodun, inoltre, si caratterizza per la credenza in un essere supremo e in una serie di divinità o spiriti minori, specifici per ciascuna etnia e per ciascuna famiglia dal momento che gli antenati defunti assurgono ad una dimensione religiosa e dei sacerdoti, il che è familiare alla religione cattolica, che ha un Dio, molti Santi e dei sacerdoti per amministrare il culto. Cfr. M. Burzio, *Voudoun. Riti e misteri d'Africa*, Rusconi, Milano, 1998; Id., *Viaggio tra gli dei africani. Riti, magia e stregoneria del vodoun*, Mondadori, Milano, 2005.

⁴⁹ Cfr. ad esempio M. Balard, *Dahomey 1930: mission catholique et culte Vodoun. L'oeuvre de Francis Aupias (1877-1945) missionnaire et ethnographe*, L'Harmattan, Paris, 1999; F. Borghero-R. Mandirola, *Diario del primo missionario del Dahomey: 1860-1864*, Editrice Missionaria Italiana, Bologna, 2002; G. Grieco, *Benin. La mia Africa, la mia Chiesa*, Piemme, Casale Monferrato, 2003.

un'attività costante di evangelizzazione, determinando il primato odierno della religione cattolica⁵¹ (che ha, in non poche occasioni, ridimensionato oltremodo la dimensione culturale preesistente per affermare se stessa). Ciononostante accade tutt'oggi che, pur praticando la religione cristiana e credendo fortemente nel Dio dei cristiani, i singoli pratichino culti vodun e invochino antenati o spiriti per proteggere la comunità o per determinare azioni malvagie⁵². Difatti, in ossequio alla duplice versione del sacro, *fascinans* e *tremendum*⁵³, il vodun rappresenta una potenza benefica (*atshé*) incaricata di lottare contro quella malefica (*azé*), ma può essere asservita anche ad intenti negativi umani: è l'uomo che può pervertire quella forza mistica, indicandole una via malvagia che essa, in sé, non possiede. Altri invece adducono che il vodun stesso abbia una dimensione positiva ed una negativa:

«La descrizione fenomenologica della religione vodun ce la presenta come una semplice religione naturalista. Ma accanto a tale realtà fondamentale, gli attori di tale religione ne hanno fatto il supporto di due realtà meta razionali: *Bô* (sortilegio, gris-gris, magia) et *Aze* (sorcellerie). A nostro avviso, tali realtà appartengono al registro della manipolazione degli spiriti e dell'appropriazione del sacro. Ma i protagonisti (agenti come beneficiari) li inscrivono nella logica della dimostrazione della potenza performativa del culto vodun e della sua efficacia a rispondere alla volontà di potenza dell'essere umano e al suo desiderio di dominio delle forze della natura. Attraverso il *Bô*, la persona, cercando di preservare la propria vita, lo fa attentando, se ce n'è bisogno, a quella del suo prossimo che egli considera come rappresentante di un pericolo per la propria sopravvivenza. È ammesso che esistano delle sorcellerie positive e delle sorcellerie negative: le une serviranno per proteggersi, le altre per attaccare e provocare la morte del prossimo, per gelosia, vendetta o cattiveria. La connivenza divenuta naturale entro la religione vodun e le manipolazioni magico-sorcières le servono e le conferiscono una reputazione di fenomeno esoterico, occulto e maligno»⁵⁴.

⁵⁰ M. Gahungu, *Le sfide dell'inculturazione in Africa. Riflessione alla luce del Sinodo speciale del 1994*, LAS, Roma, 2007; J. Gasner, *Libération du vaudou dans la dynamique d'inculturation en Haiti*, Pontificia Università Gregoriana, Roma, 1999; J. Ries- L.E. Sullivan (a cura di), *Trattato di antropologia del sacro*, vol. X: *Metamorfosi del sacro. Acculturazione, inculturazione, sincretismo, fondamentalismo*, Jaka Book, Milano, 2009.

⁵¹ Il primo sacerdote indigeno fu ordinato nel 1928, ma molto noto in Bénin è il Cardinale Bernardin Gantin, primo vescovo beninese, nominato nel 1957, cui oggi è dedicato l'aeroporto del Paese. L'attenzione del Vaticano al Bénin è molto desta, difatti Giovanni Paolo II visitò il Paese nel 1982 e nel 1993 e Benedetto XVI nel 2011. Agli scopi del lavoro di ricerca sulla cura in Bénin si dica sin d'ora che il ruolo della Chiesa, dei suoi Ospedali e Dispensari e delle sue iniziative per la cura e il recupero dei malati esclusi è indispensabile e capillarmente diffuso, sopperendo, certo in maniera non bastevole, ad un'incapacità dello Stato di offrire ai propri cittadini un servizio sanitario gratuito. Cfr. T.J. Paprocki, *Caring for the Sick: The Catholic Contribution and Its Relevance*, in «Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy», 25 (January 2014) 12, pp. 447-461.

⁵² G.A.M. Agboton, *Culture des peuples du Bénin*, Présence africaine, Agence de la francophonie, Paris, 1997.

⁵³ Cfr. R. Otto, *Das Heilige* [1917]; tr. it. *Il sacro. L'irrazionale nell'idea del divino e la sua relazione al razionale*, a cura di E. Buonaiuti, SE srl, Milano, 2009.

⁵⁴ C.D. Zinzindohoue, *Traditional religion in Africa: The vodun phenomenon in Benin*, cit., p. 163 (trad. mia).

Ciononostante, per la sua disponibilità ad essere utilizzato per scopi negativi, esso è fortemente temuto dalla popolazione dei non iniziati, sia rurale che urbana⁵⁵.

1. La situazione sanitaria in Bénin

Région de l'OMS	Afrique
Groupe de revenu de la Banque mondiale	Faible revenu
INDICATEURS DE SANTÉ EN COURS	
Population totale (2015)	10879.8
% de moins de 15 ans (2015)	42.2
% de plus de 60 ans (2015)	4.6
Espérance de vie à la naissance (2015)	61.1 (F) 60.0 (H+F) 58.8 (H)
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes (2015)	31.8 [23.6-43.3]
Taux de mortalité pour 1000 enfants de moins de 5 ans (2015)	99.5 [78.3-126.9]
Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes (2015)	405 [279 - 633]
Couverture par le vaccin DTP3 chez les enfants d'un an (%) (2014)	70
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (2014)	77.2
Nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de vie (%) (2011-2012)	33
Densité de médecins pour 1000 personnes (2008)	0.059
Densité d'infirmières et de sages-femmes pour 1000 personnes (2008)	0.771
Dépenses totales de santé en % du PIB (2014)	4.6
Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses totales des administrations publiques	9.6
Dépenses privées en santé en % des dépenses totales de santé (2014)	51.0
% Taux d'alphabétisation des adultes (+ de 15 ans) (2007-2012)	42
% de la population ayant un accès durable à une source d'eau potable (2015)	77.9 (Total) 72.1 (Rural) 85.2 (Urbain)
% de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées (2015)	19.7 (Total) 7.3 (Rural) 35.6 (Urbain)
Ratio de pauvreté à 1,25 dollar par jour (PPA) (% de la population) ()	
Rang de l'indice de développement lié à l'égalité des sexes sur 148 pays (2014)	142
Rang de l'indice de développement humain sur 186 pays (2014)	166

Sources de données :
Observatoire mondial de la santé, Mai 2016
<http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

56

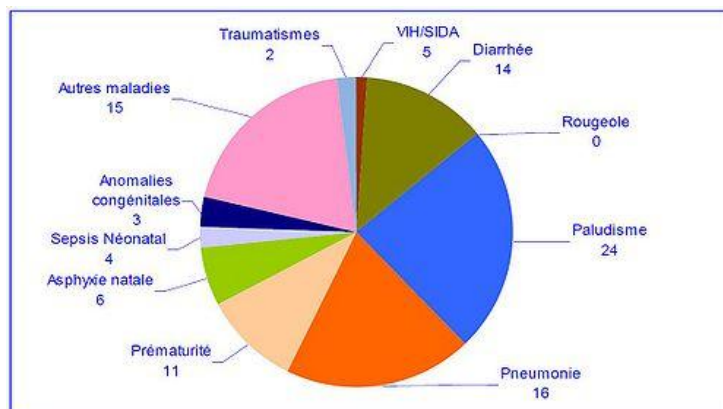
Dai documenti dell'OMS si rileva che l'aspettativa di vita in Bénin è stimata sino a 59/61 anni⁵⁷. Tale dato ha subito un significativo incremento nel corso degli ultimi decenni,

⁵⁵ L. Hurbon, *Les mystères du vaudou*, Gallimard, Paris, 1993 ; P.H. Dupuis, *Il Vodun del Bénin : un approccio empatico*, in «Afriche», 39 (1998) 3, pp. 1-18. B. Adoukonou, *Vodun violence ou sacré, le sillon noir (Mewihwêdo) et la question éthique au cœur du sacré*, voll. I- II, Cerf, Paris, 1989.

⁵⁶ OMS, *Stratégie de Coopération. Un aperçu*, Maggio 2016 https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/136858/1/ccsbrief_ben_fr.pdf (ultima visualizzazione Novembre 2016), riaggiornato nel Maggio 2017: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136855/1/ccsbrief-ben_fr.pdf (ultima visualizzazione maggio 2017).

⁵⁷ Secondo il Rapporto 2015 del Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite l'aspettativa di vita alla nascita in Bénin si stima al 59,6 % (58,1% per i maschi e 61,0% per le femmine), il tasso di mortalità materna è di 340 morti su 100,000 nati vivi e che il tasso di natalità adolescenti (dai 15 ai 19 anni) è al 90,2%. United Nations Development Programme, *Human Development Report 2015. Work for Human Development*:

come quello relativo al tasso di mortalità infantile diminuito da 83 su 1000 nati vivi nel 1993 a 66,5 nel 2014 sino a 31,8 nel 2015, e al tasso di mortalità dei bambini minori di cinque anni che da 151 su 1000 nati vivi nel 1993 è sceso sino a 99,5 nel 2015.



OMS : Distribuzione delle cause di decesso tra i bambini di meno di 5 anni in Benin in percentuale stimata al 2008⁵⁸

Il tasso di mortalità materna è stimato di 405 decessi su 100,000 nascite nel 2015, con una speranza di vita dei neonati al 60% circa⁵⁹. Tutto ciò non può che significare che la vita, la nascita, la maternità e la morte hanno in Bénin un significato profondamente altro e non equiparabile alle categorie ermeneutiche del “Primo mondo”.

<http://report.hdr.undp.org/> (ultima visualizzazione luglio 2016). Il medesimo documento dettaglia alcuni indicatori della salute: neonati privi di vaccinazione DTP al 15% e per il morbillo al 37%; la mortalità dei neonati è di 56,2 su 1000 nati vivi e dei bambini al di sotto di cinque anni è all'85,3. La malnutrizione dei bambini al di sotto di cinque anni è al 44,7%. La mortalità negli adulti per 1000 persone è per le donne di 238 e per gli uomini di 284. Mentre tra le cause di morte sono prese in considerazione la malaria (79,6 su 100.000 persone) e la tubercolosi (9,4 su 100.000 persone). Rispetto alla prevalenza dell'HIV negli adulti tra i 15 e i 49 anni in Bénin la percentuale è all'1,1% e l'aspettativa di vita fino ai 60 anni è al 55,6%. Il numero dei medici per 10.000 persone è di 0,6 e la spesa sanitaria pubblica è del 4,6 del GDP (PIL). Si stima inoltre che su mille 450 bambini sono orfani. Il Report fornisce, inoltre, dati sulla percezione individuale del benessere: rispetto alla qualità dell'educazione si rileva un 42% di soddisfazione, di qualità dell'assistenza sanitaria un 32%, un 27% di soddisfazione rispetto allo standard di vita; il 51% delle persone intervistate, poi, avvertono una sensazione di sicurezza e di libertà di scelta 79% per le donne e 76% per gli uomini. In generale l'indice di soddisfazione rispetto alla vita nel complesso da 0 a 10 è in Bénin di 3,3. Si considerino anche i dati provenienti dalla Banca Mondiale: World Bank, *Bénin*: <http://data.worldbank.org/country/benin> (ultima visualizzazione luglio 2016). Rispetto alla mortalità infantile in Bénin e nei paesi dell'Africa Occidentale si veda: UNICEF, *La malnutrizione dei bambini, L'impegno dell'Unicef contro la mortalità infantile*, Comitato Italiano per l'Unicef Onlus, Arti Grafiche Agostini s.r.l., Roma, 2012: https://www.unicef.it/Allegati/RAPPORTO_UNICEF_MALNUTRIZIONE.pdf (ultima visualizzazione luglio 2016).

⁵⁸ African Health Observatory – World Health Organization- Regional Office for Africa, *Benin: Factsheets of Health Statistics* 2016: *Mortality*: http://www.who.int/profiles_information/index.php/Benin:Mortality/fr (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁵⁹ OMS, *Stratégie de Coopération. Un aperçu*, Maggio 2016, cit. Cfr. anche OMS, *Benin : country profile* <http://www.who.int/countries/ben/fr/> (Ultima visualizzazione novembre 2016).

Health status and trends										
Life expectancy (Source: WHO 2016)										
	2000			2015						
	Both sexes	Female	Male	Both sexes	Female	Male				
Healthy Life expectancy at birth (years)	48	49	48	53	53	52				
Life expectancy at age 60 (years)	15	16	15	16	16	15				
Life expectancy at birth (years)	55	57	54	60	61	59				
Adult mortality (Source: WHO 2015)										
	1990			2013						
	Both sexes	Female	Male	Both sexes	Female	Male				
Adult mortality rate (probability of dying between 15 and 60 years per 1000 population)	279	246	318	261	238	284				
Maternal mortality (Source: WHO 2015)						Child mortality (Source: WHO 2015)				
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	1990	1995	2000	2005	2013	2015				
	600	520	490	420	340	405	Under-five mortality rate (deaths per 1,000 live births)			
							179	146	100	
							Infant mortality rate (probability of dying between birth and age 1 per 1000 live births)			
							108	90	64	60

60

Evidentemente, oltre alle precarie condizioni igienico-sanitarie, al consumo di acqua spesso non potabile, ad un diffuso analfabetismo che si riverbera anche rispetto ai fattori e ai metodi di prevenzione dai rischi e ad una ancora debole attività di promozione e sensibilizzazione sanitaria, la vita in Bénin si scontra inesorabilmente con il gravoso fardello dell'incidenza massiva delle malattie, sia di quelle trasmissibili che di quelle non trasmissibili.

Invero il profilo epidemiologico del Benin è caratterizzato da una predominanza di malattie trasmissibili, che rappresentano più del 70% della mortalità totale. Tra le malattie trasmissibili la più diffusa, oltre ad essere la principale causa di mortalità dei bambini al di sotto di cinque anni, è la malaria (39,7%), seguita dalle infezioni respiratorie acute (12,4%), infezioni gastrointestinali (6,4%) e quelle diarroiche (3,0%)⁶¹. Sempre restando nel novero delle malattie trasmissibili, alla malaria si aggiungono l'HIV⁶² e la tubercolosi, la cui incidenza è invero ancora preoccupante, ma anche l'ulcera di Buruli, la lebbra e l'anemia falciforme le quali presentano ugualmente un tasso di morbidità molto elevato. Inoltre le conseguenze del cambiamento climatico e il degrado ambientale generano la comparsa di epidemie stagionali di colera, di meningite e recentemente della febbre legata al virus Lassa⁶³.

⁶⁰ AHO-WHO/Regional Office for Africa, *Benin: Factsheets of Health Statistics 2016*, cit.

⁶¹ OMS, *Stratégie de Coopération. Un aperçu*, Maggio 2016, cit.

⁶² Rispetto all'HIV l'Inchiesta Demografica Sanitaria e ad indicatori multipli del Benin (EDS-MICS IV) 2011-2012 mostra che a livello nazionale la stima era del 2% tra persone di età compresa tra 15 e 49 anni. Le donne con una prevalenza dell'1,4% sono più infette rispetto agli uomini (1,0%) di età compresa tra i 15 e i 49 anni. Cfr. OMS, *Benin: Analytical summary-Health Status and Trends*: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Benin:Analytical_summary_-_Health_Status_and_Trends/fr (Ultima visualizzazione novembre 2016).

⁶³ AHO – WHO Regional Office for Africa, *Benin: Factsheets of Health Statistics 2016*, cit.

Ciononostante negli ultimi cinque anni si è registrata una transizione epidemiologica determinata dal progressivo emergere delle malattie non trasmissibili⁶⁴ legate all'urbanizzazione, alla sedentarietà e ai cambiamenti nell'alimentazione: prevalentemente si tratta di malattie cardiovascolari. Nel 2008 lo studio STEP⁶⁵ condotto sotto l'egida dell'OMS ha mostrato che il 27% dei beninesi dai 25 ai 64 anni soffre di ipertensione, il 4,6% è diabetico e il 30% soffre di obesità, prevalentemente femminile⁶⁶.

L'urbanizzazione, unita ad un significativo aumento delle nascite, ha inoltre determinato un incremento della domanda di servizi sociali di base (educazione, salute, alloggi, trasporti) che determina una forte pressione sulle risorse disponibili.

Tuttavia il vero problema del Paese è che non riesce a garantire il diritto alla salute, regolamentato dalla Costituzione dell'11 dicembre 1990 agli artt. 8 e 26: come emerge dai documenti dell'OMS citati, nonostante i miglioramenti rilevabili rispetto al passato, la percentuale di spesa che il governo destina alla salute è solo del 10,70% del totale della spesa pubblica. La spesa sanitaria annuale per una persona è di 6,318 F CFA o 11.5 dollari⁶⁷.

Il sistema sanitario in Bénin ha una struttura piramidale: c'è un livello centrale⁶⁸ o nazionale amministrato dal Ministro della Salute che assicura la realizzazione della Politica sanitaria definita dal governo; un livello intermedio o dipartimentale, amministrato dal Direttore Dipartimentale della Salute e un livello periferico o operativo, costituito da 34 zone sanitarie e ripartito su tutta l'estensione del territorio nazionale che offre un servizio pubblico di primo contatto (maternité, dispensari, centri di salute), massimamente decentralizzato, destinato a servire dai 100.000 ai 200.000 abitanti⁶⁹.

⁶⁴ All'interno del quadro dello sviluppo di approcci integrati e interventi simultanei, il Programma Nazionale di Lotta contro le Malattie Non Trasmissibili (PNLMNT) ha elaborato nel dicembre 2008 un documento di Politica Nazionale di Lotta contro le Malattie Non trasmissibili i cui fondamenti riposano sulle disposizioni nazionali ed internazionali. Cfr. OMS, *Benin : Analytical summary-Health Status and Trends*, cit.

⁶⁵ OMS, *Bénin : Enquete STEPS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques*, 2008 : http://www.who.int/chp/steps/2008_STEPS_Report_Benin.pdf. Cfr. Anche OMS, *L'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques*, Geneve, 2006 : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43483/1/9789242593839_fre.pdf (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁶⁶ AHO – WHO Regional Office for Africa, *Benin: Factsheets of Health Statistics 2016*, cit. Cfr. anche: Ivi, *Charge de Morbidité*: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Benin:Burden_of_disease (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁶⁷ WHO-AIMS, *Report on Mental Health System in the Republic of Bénin*, 2007, p. 5: http://www.who.int/mental_health/WHO-AIMS_benin_English.pdf (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁶⁸ A questo livello corrispondono delle strutture di riferimento per le cure che sono: il Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou MAGA, il Centre National Hospitalier de Pneumophtsiologie (CNHPP), il Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP), IL Centre National de Gérontologie (CNG), e l'Hopital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL), ed anche il Laboratorio Centrale del Servizio Nazionale dei laboratori di sanità pubblica.

⁶⁹ République du Benin, Ministère de la Santé, *Politique Nationale de Santé*, 2009-2018, pp. 12-13 : www.sante.gouv.bj/documents/Politique_Sanitaire_Nationale.pdf (ultima visualizzazione novembre 2016).

I maggiori problemi del servizio sanitario⁷⁰ sono l'insufficienza di:

- *risorse umane*, sia in termini di quantità⁷¹ che di qualità e, soprattutto, di distribuzione dal momento che la maggior parte del personale sanitario è stanziato nei centri urbani. Ciò evidentemente influisce in maniera negativa sulla qualità dei servizi sanitari, ma anche sulle informazioni sanitarie (che non vuol dire solo scarse conoscenze di base e medicina preventiva, ma anche che la popolazione non è informata sui diritti e i doveri loro propri in ambito sanitario);
- *risorse materiali*: i medicinali, compreso il sangue per le trasfusioni; molte difficoltà si presentano in termini di igiene e di cure di base, come una diffusa arretratezza delle infrastrutture (circa il 40% sono a norma) e della strumentazione (si pensi alle difficoltà per le analisi diagnostiche), oltre alle problematiche legate alle vaccinazioni che, seppur hanno ormai una copertura dell'80%, presentano delle difficoltà per l'invecchiamento dei medicinali e della loro conservazione in ambienti inadeguati;
- *risorse finanziarie* ma, soprattutto, di una cattiva gestione delle già poche risorse che ha come conseguenza quella di garantire un accesso alle cure estremamente limitato.

Per tale ragione il Paese ha intrapreso un'ambiziosa iniziativa per la copertura sanitaria universale, con un forte impegno e la partecipazione di autorità nazionali ed internazionali, oltre che partners privati per il finanziamento della salute. La riforma finanziaria è uno dei primi passi da compiere per una migliore mobilitazione delle risorse, aumento del budget di Stato destinato alla salute e per la definizione di chiari criteri di allocazione delle risorse. A tal fine, per consentire a una fetta più ampia della popolazione di accedere alle cure e ai servizi sanitari è stato realizzato un Regime Universale di Assicurazione per le Malattie (RAMU)⁷², rivolto ai più indigenti. Tuttavia il proponimento della politica sanitaria è che «il rafforzamento del sistema sanitario e il miglioramento del suo utilizzo saranno basati

⁷⁰ Nel documento nazionale sono citati sette problemi prioritari del paese: 1. Scarsa accessibilità delle popolazioni ai servizi sociali di base (educazione, salute, acqua, igiene, etc.); 2. Cattiva pianificazione di acquisizioni adatte ai bisogni, di costruzione e mantenimento delle infrastrutture e della strumentazione; 3. Precarietà del meccanismo di finanziamento della spesa sanitaria; 4. Morbidità e mortalità elevata; 5. insufficienza della collaborazione inter e intrasettoriale; 6. Mancato rispetto delle pratiche di buon governo; 7. Cattiva gestione delle risorse umane. *Politique Nationale de Santé*, cit., p. 19.

⁷¹ «In Benin c'è un medico per 7,001 abitanti, un infermiere per 2,799 abitanti, un'ostetrica per 1,317 abitanti e un tecnico di laboratorio per ogni 15,185 abitanti. Comunque tali numeri nascondono le enormi disparità esistenti tra i dipartimenti» WHO-AIMS, *Report on Mental Health System in the Republic of Bénin*, 2007, p. 5.

⁷² Center for Health Market Innovations, *Bénin's National Health Insurance (RAMU)* <http://healthmarketinnovations.org/program/benins-national-health-insurance-ramu> (ultima visualizzazione novembre 2016).

sull'approccio delle Cure di salute Primaria (SSP: *Soins de Santé Primaires*)»⁷³ – strategia contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978 – , tra le quali vi sono anche le forme di medicina tradizionale.

Rispetto alla politica sanitaria il Bénin ha ratificato un documento di Politica sanitaria nazionale per il periodo che va dal 2009 al 2018⁷⁴ che si traduce in Piani triennali di Sviluppo, il cui obiettivo generale è «migliorare lo stato della salute della popolazione beninese sulla base di un sistema che integri le popolazioni povere ed indigenti»⁷⁵. Gli obiettivi specifici, invece, sono:

1. assicurare un accesso universale ai servizi di salute e una migliore qualità delle cure per il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDGs)⁷⁶; a tal fine lo Stato si propone di promuovere le cure preventive, migliorare la qualità delle cure, rafforzare la sorveglianza epidemiologica, le attività di sostegno e promozione della salute, sviluppare i servizi a base comunitaria. Soprattutto l'attenzione è rivolta alla riduzione della mortalità materna ed infantile, alla prevenzione, alla lotta contro le malattie e al miglioramento della qualità delle cure.
2. migliorare la partnership per la salute, il che implica la promozione di nuovi modi di finanziamento per la salute, il rafforzamento della partecipazione dello Stato e delle collettività locali rispetto al finanziamento sanitario, della collaborazione con i settori sanitari privati e tradizionali per l'offerta di cure; regolazione delle pratiche professionali, promozione dell'etica e della deontologia medica; rafforzamento della collaborazione intersettoriale; miglioramento della coordinazione degli interventi dei partenariati nel settore sanitario;
3. migliorare la *governance* e migliorare la gestione delle risorse sanitarie, il che vuol dire impegnarsi nel rafforzamento del quadro giuridico e regolamentare; messa in opera di un piano strategico di sviluppo delle risorse umane in ambito sanitario e di

⁷³ *Politique Nationale de Santé*, cit., p. 4 (trad. mia).

⁷⁴ République du Bénin, Ministère de la Santé, *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018* : http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Benin/benin_pnds_2009-2018_last_year_version_-_fr.pdf (ultima visualizzazione novembre 2016)

⁷⁵ Ivi, p. 20.

⁷⁶ I *Millennium Development Goals* rappresentano gli otto obiettivi che nel 2000 i 193 stati membri delle Nazioni Unite si sono impegnati a raggiungere per il 2015: 1. sradicare la povertà estrema e la fame nel mondo; 2. rendere universale l'istruzione primaria; 3. promuovere la parità dei sessi e l'autonomia delle donne; 4. ridurre la mortalità infantile; 5. ridurre la mortalità materna; 6. combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie; 7. garantire la sostenibilità ambientale; 8. sviluppare un partenariato mondiale per lo sviluppo. Cfr. United Nations, *Millennium Declaration*, 8 September 2000: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> (ultima visualizzazione novembre 2016). Per i progressi del Benin rispetto ai MDGs cfr: AHO – WHO Regional Office for Africa, *Benin: Factsheets of Health Statistics 2016*, cit.

un meccanismo di supervisione della formazione; sviluppo delle infrastrutture sanitarie e degli strumenti; miglioramento della gestione dell'informazione sanitaria.

L'obiettivo finale è che «il Bénin nel 2025 disponga di un sistema di salute performante basato su delle Iniziative pubbliche e private, individuali e collettive, per l'Offerta e la Disponibilità permanente di Cure di Qualità, eque ed accessibili alle Popolazioni di tutte le categorie, fondate sui Valori di Solidarietà e di Divisione dei rischi per rispondere all'insieme dei bisogni di salute del popolo beninese»⁷⁷

Non si può disconoscere che il Paese ha conosciuto un lieve progresso rispetto agli Obiettivi del Millennio per lo sviluppo (OMD), che non sono però stati raggiunti appieno. Molto resta ancora da fare in materia di rafforzamento del sistema di salute e dei settori affini per raggiungere una copertura sanitaria universale, anche perché «la situazione attuale mostra che l'impatto delle malattie prioritarie va al di là della salute e influenza negativamente lo sviluppo del Paese»⁷⁸.

⁷⁷ *Politique Nationale de Santé*, cit., p. 20 (trad. mia).

⁷⁸ *Ivi*, p. 4 (trad. mia).

SEZIONE I

La percezione della malattia e le strategie di cura secondo la tradizione beninese

L'universo semantico tipicamente "vitalogico"¹ della cultura africana, al di là delle non sempre riferibili diversificazioni tra le tradizioni precipue², si struttura sulla istituita continuità tra mondo visibile con quello invisibile.

«L'universo teleologicamente organizzato è in parte visibile e in parte invisibile. L'invisibile è al di là della gamma delle percezioni ordinarie: è il mondo degli antenati, del pantheon della mediazione, il mondo di Dio. Il mondo visibile è unito al mondo invisibile; non c'è uno *iatu*s tra i due, perché si ritiene che oltre la morte la vita continui e, per questo, l'elemento invisibile è il più importante nella comunità»³.

L'uomo africano, dunque, si percepisce come *parte* di un tutto ampio, membro di un *ordo* fisico-metafisico che unisce in un'armonica relazionalità originaria la comunità di viventi e non viventi. Mai isolato, l'individuo «vive in una relazione a tre dimensioni: con la natura, con gli altri viventi (visibili e invisibili) e, infine, con l'aldilà. Al centro del mondo, immensa ragnatela di cui non si può toccare nulla senza far vibrare tutta la ragnatela, sta l'uomo che ne è la chiave di intelligibilità»⁴.

Tale relazionalità essenziale si ripercuote sul piano esistenziale in maniera attuale e permanente, rendendo impossibile la definizione del sé al di fuori del contesto comunitario⁵: «l'individualità, l'accento posto sulla personalità non sono vere espressioni africane, è la comunità che rende conto di ciascuno e di tutti. L'essere dell'uomo africano non è l'essere-in-

¹ L'espressione "vitalogia" è tratta dal pensiero dello studioso camerunense Nkafu Nkemnia che così la spiega: «Abbiamo voluto proporre un termine che caratterizzi il pensare africano: *vitalogia*. Un termine che esprime un pensiero che si muove nella vita vissuta, una visione unitaria di tutto ciò che è dato conoscere. Tutta la realtà conoscibile è compresa in tale termine. In esso è inclusa la realtà della *forza vitale* (...). Nella vitalogia africana si afferma il primato della vita, e la filosofia dell'essere si trasforma pertanto in *vitalogia*». M. Nkafu Nkemnia, *Il pensare africano come «vitalogia»*, pres. di E. Ruch, Città Nuova, Roma, 1997², p. 178; dello stesso autore cfr. anche Id., *Il divino nella religione tradizionale africana. Un approccio comparativo ed ermeneutico*, Città Nuova, Roma, 2011.

² Difatti «quando si parla di tradizione africana non bisogna mai generalizzare. Non c'è un uomo africano, non c'è una tradizione africana valida per tutte le religioni e per tutte le etnie. Certo, esistono grandi affinità (...), ma anche numerose differenze: gli dei, i simboli sacri, i tabù religiosi, le abitudini sociali che ne derivano, variano da una regione all'altra, da un'etnia all'altra, talvolta da villaggio a villaggio». Ba. A. Hampate, *Amkoullel, l'enfant peul. Mémoires*, Actes Sud, Paris, 1991, p. 14

³ J.M. Favi, *Sofferenza e razionalità africana*, in Aa. Vv., *Salute/Salvezza perno della teologia pastorale sanitaria*, a cura di L. Sandrin, Edizioni Camilliane, Torino, 2009, pp.75-83, ivi, p. 77.

⁴ Ibidem, nota 5.

⁵ Cfr. Ba. A. Hampate, *Aspects de la civilisation africaine*, Présence Africaine, Paris, 1972.

sé ma è l'essere-con-tutti»⁶. Ciò si traduce anche in una forma di comunione all'interno delle comunità familiari:

«l'esistenza distaccata dall'influenza vitale degli antenati è inconcepibile; c'è un'esigenza di comunione a tutti i livelli: i più forti vitalmente hanno il dovere e il potere di proteggere e di rafforzare la vita dei più deboli, e questi ultimi devono rispetto ai più potenti. Così la comunità è un cerchio vitale in cui i membri vivono in comunione gli uni con gli altri. Uscire da questa logica, sottrarsi all'influsso vitale della comunità significherebbe voler cessare di vivere, perché l'intera realtà è portatrice di forza ed efficacia a due livelli: *l'uno* percettibile e "gestibile" senza conoscenze o poteri spirituali, *l'altro* spirituale e mistico in cui la "conoscenza" si avverte nel dono di percezioni e poteri speciali»⁷.

Inoltre, in tale contesto onniabbracciante, in cui l'individualità è se – e solo se – riconosciuta nella sua costitutiva "parzialità", nel senso del suo essere parte di un universo umano-divino, fondante è il ruolo della religione:

«Ovunque si trovi un africano, là è la sua religione ... là è il suo pensiero ... La porta con sé nei campi, dove semina o raccoglie i prodotti della terra; essa lo accompagna ad una festa o ad una cerimonia funebre, se studia, è con lui durante gli esami a scuola o all'università; se è un politico lo accompagna al parlamento (...). La religione accompagna l'individuo fin da molto tempo prima della nascita e molto tempo dopo la sua morte fisica»⁸.

S'intende, allora, che anche la dimensione della salute è fatta afferire al religioso: la vita biologica e quella biografica (espressioni, queste, care al lessico della bioetica) sono intimamente interrelate sicché la malattia, intesa come rottura o fenditura dell'armonia del corpo non può essere disgiunta da un'interpretazione di tipo spirituale⁹. L'eziologia dello stato patologico è, così, ricompresa entro un complesso sistema di significazioni, vitalistico o, come detto, "vitalogico" che rintraccia la sua scaturigine nell'incrinatura dell'armonia con i consimili o con il sacro:

«Si è soliti pensare che l'uomo soffre perché si è rotto il rapporto tra sé e gli altri, tra sé ed il mondo, tra sé e gli antenati e tra sé e Dio. Ogni sofferenza ha una causa, ma è avvolta in una sfera di mistero. In tutta la cultura africana c'è questo sottofondo religioso che lega tutto e tutti. Da ciò deriva un profondo senso della divinità ed un vero sentimento della necessità del culto (...). Questo fatto religioso si fonda su una forza "vitale" che permane nella società facendo sì che tutto ciò che accade abbia un senso e un punto di riferimento. Il dolore, la sofferenza debbono avere un senso. Se si è perso qualcosa nel rapportarsi agli altri, al mondo, agli antenati, si deve riparare e ritrovare questa unione con tutti e con tutto»¹⁰.

⁶ M. Nkafu Nkemnkia, *Il pensare africano come «vitalogia»*, cit., p. 102.

⁷ J.M. Favi, *Sofferenza e razionalità africana*, cit., pp. 78-79.

⁸ J.S. Mbiti, *African Religions and Philosophy*, Heinerman, Nairobi, 1969, pp. 2-3. Cfr. anche R. Bureau, *Anthropologie, religions africaines et christianisme*, Karthala, Paris, 2002.

⁹ L.V. Thomas, *Corps et société: le cas négro-africain*, in «Cahiers des Religions Africaines», 24 (Janvier-Juillet 1990) 47, pp. 193-194.

¹⁰ M. Nkafu Nkemnkia, *Il pensare africano come «vitalogia»*, cit., p. 95.

La malattia è, infatti, vissuta come una diminuzione della vita, compromissione del benessere globale dell'esistente, dovuta ad un'interruzione del legame armonico con l'universo sovrannaturale delle divinità e degli antenati, determinata a causa di un'infrangimento delle leggi morali, ma anche politiche od economiche del reo che viene punito con l'evenienza dell'infermità o di una crepatura della comunione armonica tra consimili che per litigi, incomprensioni od invidie inviano all'altro una versione malvagia e malata del sacro che si manifesta nella forma del *pathos*, da cui segue la patologia del destinatario. Dal che si inferisce che per tali credenze, iscritte nelle logiche di una cultura fortemente connotata dalla religione Vodoun, la *cura* sia intesa come una chiamata al dialogo con antenati e divinità per provare a ripristinare l'armonia lesa. Ciononostante il malato, individualizzato ovvero specificato all'interno della comunità di appartenenza per il suo stato di salute, ma pur sempre iscritto in quel categoriale identitario condiviso, diviene per il gruppo un elemento non solo vulnerato, ma vulnerante, ovvero esponente il tutto di cui è parte a quel male di cui egli è portatore. S'intende, allora, che, come la malattia, anche la cura non riguarda mai solo il singolo malato, ma involve in una dinamica responsabilizzante il gruppo tutto che si sente investito della cura della sua parte, il che figura dinamiche deliberative assai dissimili rispetto a quelle invalse nell'etica della cura del cosiddetto "Primo mondo".

Tali questioni appellano in maniera ineludibile la riflessione bioetica la quale si espone all'urgenza di misurare i propri paradigmi all'interno di un contesto di senso e tradizioni assai specioso, da riconoscere con il riferimento a categorie altre, rispondenti a quel determinato orizzonte di significato. Ciò determinerà una prima sosta entro la tradizione di cura beninese: qui il ragionamento verrà condotto entro le dinamiche culturali di una popolazione che si riconosce entro le semantiche di forme terapeutiche tradizionali le quali, mentre sopperiscono alle difficoltà di un sistema sanitario indisponibile, espongono il malato a tutta una serie di questioni bioetiche che, per essere avvicinate, dovranno essere calate nel contesto loro proprio.

Verrà così all'attenzione il discorso sui diritti umani, nel tentativo di addivenire ad una mediazione che consenta al diritto all'identità culturale, nel caso di specie con riferimento alla cultura tradizionale sanitaria beninese, di essere riconosciuto nel suo valore precipuo, tenendo fermo, però, il rispetto della dignità della persona e tutto il catalogo dei diritti umani da garantire in maniera universale.

CAPITOLO PRIMO

Ammalarsi all'interno di una comunità familiare

La società beninese, come accennato, si struttura in comunità o nuclei di tipo familiare ove la parentalità dei membri, pur non essendo identificata attraverso legami necessariamente sanguigni, a dispetto di ogni logica riduzionistica o biologistica, è sì rilevante per l'uomo africano e, nel caso di specie, beninese da rappresentare la *conditio sine qua non* della sua identificazione identitaria.

L'individuo, infatti, è solo in quanto membro di un gruppo che denota la sua identità: la storia del gruppo rappresenta la sua memoria, la vita presente definisce il suo ruolo e i suoi rapporti interumani, il futuro le sue aspettative e possibilità. Al di fuori del costrutto condiviso l'uomo non è riconoscibile né riconosciuto, dunque *non è*. «Nella gerarchia dei valori l'individuo o la persona, l'«Io», si realizza in un «Tu»; nella loro relazione reciproca, inoltre «Io» e «Tu» s'identificano in un «Noi» che si esprime nella realtà della comunità. La vera personalità africana è dunque la comunità»¹¹.

Il concetto di *appartenenza*, fondante la connotazione identitaria dell'io, si collega al concetto di *partecipazione* che non vuol dire solo dimensione solidale ed empatica dei conviventi, bensì «esistenza coesistenziale»¹² di uomini che solo nello stare insieme e in virtù di ciò esistono. L'intima essenzialità del legame interumano, fondante l'esistenza dei singoli nel gruppo, si esperisce nella quotidianità della vita che è solo perché *insieme*.

Tale vincolo ontologico ed esistenziale della parentela si manifesta al suo massimo livello nell'esperienza della malattia:

«La sofferenza è per l'africano una compagna fedelissima della vita quotidiana. Le condizioni climatiche non favoriscono una vita facile a molte popolazioni. In molti casi si deve cercare non di vivere, ma di sopravvivere. Spesso la sofferenza è collettiva (ad esempio, nel caso di catastrofi naturali), ed in altri casi è personale o familiare. In ogni caso, che il dolore o la sofferenza siano personali o collettivi, le loro conseguenze vengono condivise da tutti. Nel contesto africano della

¹¹ M. Nkafu Nkemnkia, *Il pensare africano come «vitalogia»*, cit., pp. 178-179. Cfr. Su ciò anche B. Okolo, *Self as a problem in African Philosophy*, in «International Philosophical Quarterly», XXXII (1992) 4, pp. 477-485; Id., *What is it to be African?*, Cecta Ltd., Enugu, 1993.

¹² Il riferimento è al pensiero di Pietro Piovani che in più occasioni verrà richiamato nel corso del lavoro; per il momento si veda P. Piovani, *Principi di una filosofia della morale*, Morano, Napoli, 1972 (II ed. 1989), ora in *Per una filosofia della morale*, a cura di F. Tessitore, Bompiani, Milano, 2010, pp. 631-872. Cfr. anche F. Remotti, *Identità o convivenza?*, in Aa. Vv., *Diritto, tradizioni, traduzioni. La tutela dei diritti nelle società multiculturali*, a cura di T. Mazzaresse, Giappichelli, Napoli, 2013, pp. 55-84.

famiglia allargata nessuno può soffrire in privato o da solo. La partecipazione è quasi immediata»¹³.

La partecipazione non è empatica considerazione del dolore altrui, ma è effettiva assunzione condivisa dell'evento della sofferenza: in forza del concetto di identità collettiva che vincola le parti al tutto e il tutto alle parti, il gruppo è leso nella sua integrità, pregiudicato nella sua salute, nel senso che è affetto da un *vulnus* che lo debilita nella sua integrità (si pensi ai costi delle cure di un uomo che, essendo condivisi, gravano sul tutto o alla forza lavoro del gruppo che si riduce a causa della malattia di uno) ed esposto al contagio. Su quest'ultimo concetto ci si intratterrà nella seconda sezione, per il momento si dica solo che, anche in casi di malattie non trasmissibili, la credenza tradizionale, significando la malattia come manifestazione del male, ritiene che la sua evenienza di non sia circoscrivibile all'ammalato, ma tendente alla propagazione.

Pertanto non è solo la comunità dei vivi ad essere coinvolta nella malattia di uno dei suoi membri, ma anche quella dei non vivi (antenati e divinità) nella misura in cui la scaturigine del fenomeno patologico è ascrivita alla rottura dell'armonia con quest'ultima:

«è in gioco l'universo personale e comunitario della sofferenza, l'universo multiculturale difficile da definire, perché collocato nell'enigma dell'esistenza umana e nel suo dinamismo vitale e religioso; fenomeno vasto, difficile da restringere entro i termini di una definizione, perché mette in relazione l'universo personale del sofferente con quello degli antenati, del pantheon di mediazione e, quindi, tematizza il rapporto con Dio»¹⁴.

L'armonia intercomunitaria consente la prosperità, il bene, la fecondità e, soprattutto, la salute del gruppo degli esistenti, mentre ostacolare l'ordine dell'universo per attendere egoistici scopi è percepito come ferita lacerante e distruttiva: colui che si separa dal contesto condiviso, individualizzandosi, considerando se stesso come fine dell'azione, contravviene alla legge unitaria, assedia l'ordine dell'universo per i suoi obiettivi e determina l'evenienza del male che può essere inteso come punizione di divinità od avi per la sua condotta o come il palesarsi del nocimento di cui il singolo può disporre, per arrecare danno al proprio vicino. Anche tale fenomeno viene considerato causa della malattia dal momento che l'individualizzazione determina il palesarsi del male che, asservito ai voleri del singolo, si indirizza ove questi richiede.

«Secondo la razionalità africana è l'uomo che è colpevole e responsabile del male. I mali che sono le malattie, le calamità di ogni ordine, la morte e tutte le altre miserie che assediano gli uomini in questo mondo, sono dovuti al fatto che l'uomo abusa delle sue forze o sfrutta secondo i propri interessi le leggi della natura; attira su di sé o sugli altri la collera dei defunti, principalmente degli

¹³ M. Nkafu Nkemnkia, *Il pensare africano come «vitalogia»*, cit., p. 95.

¹⁴ J.M. Favi, *Sofferenza e razionalità africana*, cit., p. 76.

antenati, dimenticando i doveri e gli obblighi sacri nei loro confronti; viene a contatto con le forze malefiche cieche o personificate e se ne serve per causare male ad altri uomini»¹⁵.

Dal che si inferisce che l'individualità collettiva, al rivelarsi dello stato patologico, si sente investita totalmente dal male, ovvero inficiata nel rapporto interumano ed in quello umano-divino, sicché non può che impegnarsi in maniera condivisa nella cura, al fine di ripristinare l'armonia all'interno del gruppo e con l'universo spirituale. Tutto ciò determina forme di coinvolgimento familiare nella dimensione terapeutica rispetto alla quale i concetti di *autodeterminazione*, *autorità* e *paternalismo*, così come invalsi nel Primo mondo faticano a trovare una rispondenza effettiva.

1. *Semantiche dell'appartenenza e narrazioni identitarie*

Il pluralismo etnico di uno Stato come il Bénin espone ad iniziali asperità relative all'individuazione dell'oggetto di indagine, pertanto, al fine di provare a perimetrare la struttura societaria di quel contesto, pare preferibile evitare la sussunzione di gruppi, invero particolarmente dinamici, entro etichette statiche quali "tribù" od "etnie" («un insieme linguistico, culturale e territoriale di una certa dimensione»¹⁶, si pensi all'etnia Fon o a quella Yoruba e alle numerose altre presenti in Bénin) e piuttosto fare ricorso a espressioni più ampie come *comunità* o *famiglie*, del resto invalse negli ambienti specialistici. «A tale proposito è interessante notare che la Commissione Nazionale Linguistica del Benin, di fronte alla controversia tra i vari studiosi sui termini da adottare, ha scelto di evitare "tribù" ed

¹⁵ Ivi, p. 79, nota 9.

¹⁶ A.C. Taylor, «*Ethnie*», in P. Bonte e M. Izard, *Dictionnaire de l'Ethnologie et de l'Anthropologie*, P.U.F., Paris, 1991, p. 242. Il dibattito relativo ai rapporti tra etnia e tribù, come anche al significato da attribuire a ciascun lemma, è ancora molto attivo tra gli antropologi. Per molti l'etnia si riconosce come appartenenza linguistica e culturale (cfr. ad esempio F. Barth (a cura di), *Ethnic Groups and Boundaries*, Allen & Unwin, London, 1969; P. Mercier, *Remarques sur la signification du "tribalism" actuel en Afrique Noire*, in «Cahiers International de Sociologie», vol. XXXI (1961), pp. 61-80), per altri rappresenta un'unità di ordine politico (cfr. su ciò A. Cohen, *La lezione dell'etnicità*, in V. Maher, *Questioni di etnicità*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1994, pp. 135-151). Inoltre se alcuni diversificano etnia e tribù solo per l'estensione (ad es. A.C. Taylor, «*Ethnie*», cit.), considerando la seconda di dimensioni inferiori, per altri come I. Wallerstein la tribù identifica un gruppo omogeneo di area rurale, il gruppo etnico indica l'omologo in contesto urbano. Cfr. I. Wallerstein, *Ethnicity and National Integration in West Africa*, in «Cahier d'études africaines», I (1960) 3, pp. 129-139). Per altri pensatori il concetto di etnia non esiste o, meglio, è una creazione del colonialismo, funzionale alle esigenze classificatorie ed amministrative: «l'invenzione delle etnie è l'opera congiunta degli amministratori coloniali, degli etnologi e di coloro che combinano assieme le due qualifiche». J.L. Amselle, *Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*, Payot, Paris, 1990, p. 22. Cfr. Anche L. Li Causi, *L'antropologia tra etnia e nazione*, Pacini Editore, Pisa, 2008; Id., *Ridimensionare l'etnia? Note metodologiche sul fenomeno etnico*, in «Ossimori», 6 (1995), pp. 13-19.

“etnia”, optando invece per “milieu” (che potremmo tradurre in italiano con “contesto”) e “gruppo socioculturale”»¹⁷.

Il termine *famiglia* nel contesto beninese, come detto, serve per indicare non solo il nucleo ristretto di genitori e figli, né solo l’insieme di persone unite da un legame biologico o matrimoniale, ma ricomprende i membri di un gruppo sociale che, prevalentemente, coesiste nel medesimo territorio e condivide tradizioni, valori e decisioni relative alla vita in comune (Lévi-Bruhl definisce tale gruppo come «famiglia classificatoria»¹⁸).

Come viene confermato anche da un’intervista condotta in Bénin, «parenti sono le persone dello stesso villaggio, che vivono con te. Il legame è molto forte tra parenti tant’è che tutti si chiamano fratelli e *gran frère*, in forma di rispetto, i più grandi»¹⁹. La fratellanza degli apparentati indica l’intima unità che essi istituiscono e che, a ben vedere, non si struttura a partire dalla relazione tra i membri, ma dal senso di *appartenenza* che essi avvertono nei riguardi del gruppo²⁰: è l’*appartenere* alla medesima comunità – e non l’appartenersi l’uno con l’altro – il sentimento fondante; il legame interumano è una conseguenza di quello con il tutto. È, infatti, quest’ultimo che definisce l’identità di ciascuno, al punto che si mette in dubbio che i singoli riescano a rappresentare se stessi al di fuori del contesto collettivo²¹: «l’individuo appartiene al suo gruppo e non a se stesso»²².

La rappresentazione identitaria è, infatti, data non dal nome del singolo, né dal suo volto, dalla sua voce o dalle sue caratteristiche *individuali*, bensì da segni *comuni*, nel caso specifico da *incisioni sul volto* che vengono praticate, in maniera diversa a seconda dei gruppi, ai nuovi nati per indicare il loro ingresso nella comunità e, con ciò, il loro accesso alla

¹⁷ M. Aime, *Il mercato e la collina. Il sistema politico dei Tangba (Taneka) del Benin settentrionale: passato e presente*, il Segnalibro, Torino, 1997, p. 52. Dello stesso autore si veda anche: Id., *Popolazioni Yom del Benin settentrionale*, in «Etnoantropologia», 1 (1993), pp. 109-132; Id. *Nel paese dei re*, Nicolodi, Trento, 2003.

¹⁸ Scrive infatti Lévi Bruhl che «oggi è noto che, in un gran numero di società più o meno “primitive”, quel che noi chiamiamo famiglia, nel senso tradizionale e corrente della parola non esiste (...). La famiglia che in queste società si osserva è del tipo detto “classificatorio”; e la si ritrova, simile a se stessa nei suoi caratteri essenziali, sotto tutte le latitudini, nelle regioni più lontane fra loro (...). Quel che, innanzi tutto, la caratterizza è (...) il fatto che (...) l’individuo non fa parte di questo o quel gruppo perché ha questi o quei legami di parentela, ma, al contrario, ha questi o quei legami di parentela, perché fa parte di questo o quel gruppo». L. Lévi-Bruhl, *L’anima primitiva*, cit., p. 90. Più oltre l’autore dice «là dove la famiglia è classificatoria la parentela è di “gruppo”. In tal caso non gli individui, ma i gruppi sono imparentati fra loro; gli individui sono imparentati perché appartengono a gruppi che lo sono. La parentela dunque è piuttosto sociale che familiare, secondo il senso che noi diamo alla parola» Ivi, p. 99.

¹⁹ Intervista a Gongo membro del personale paraospedaliero dell’Ospedale Camilliano di Zinvié, *infra*, p. 422.

²⁰ Cfr. per fare solo un esempio C. Lévi-Strauss, *Les structure élementaires de la parenté*, Presses Universitaires de France, Paris, 1947; tr. it. *Le strutture elementari della parentela*, a cura di A.M. Cirese e L. Serafini, Feltrinelli, Milano, 2003 (I ed. 1969).

²¹ In riferimento ai popoli “primitivi” Lévi-Bruhl scriveva: «è poco probabile che i primitivi si siano mai provati a definire, sia pure approssimativamente, la rappresentazione, più o meno implicita, che essi possono avere della loro individualità. Interrogarli sull’argomento sarebbe non solo inutile, ma anzi fonte di equivoci e malintesi: dalle loro risposte si ricaverebbe soltanto la chiara dimostrazione che essi non afferrano il significato del problema» L. Lévi-Bruhl, *L’anima primitiva*, cit., p. 25.

²² Ivi, p. 125.

vita. L'«individualità multipla»²³ o «identità collettiva»²⁴, visibile attraverso i segni condivisi, spoglia il singolo della sua specificità e lo rende riconoscibile all'esterno: il singolo viene riconosciuto per quel che è, ovvero per la comunità a cui *appartiene*.

La collettività, così, sussumendo in sé il nuovo membro, lo iscrive all'interno di una struttura protettiva ed identitaria che lo connoterà sino a dopo la morte. Se, infatti, per la religione animista una parte di anima è mortale, l'identità non lo è: l'appartenenza ad un gruppo continua anche dopo il decesso, il che si testimonia con la sepoltura del membro all'interno del nucleo abitativo²⁵, privilegio di cui viene privato chi viene *escluso* dall'appartenenza: «l'individuo che non gli appartiene non conta nulla»²⁶. Difatti si può uscire dall'appartenenza non per volontà individua, bensì per espulsione da parte del gruppo, unico soggetto possibile dell'azione e della *decisione*.

L'appartenenza, come detto, indica il legame ontologico dei singoli alla comunità dei vivi e dei non vivi, *proprio* di tutti (o, almeno, di tutti gli individui sani), ma non *uguale* per tutti. Ciascuno, infatti, per essere, ha bisogno di appartenere, di essere iscritto all'interno di un gruppo familiare, tuttavia la *narrazione identitaria*, ovvero la rappresentazione individuale di ogni membro del gruppo, si sa diversificata in base al proprio grado sociale.

Come scriveva Levi-Bruhl:

«l'individuo umano esiste in virtù della sua partecipazione all'essenza del suo gruppo (...). L'individuo vi occupa successivamente molteplici situazioni alle quali perviene più o meno rapidamente, a seconda della nascita e secondo la maggiore o minore importanza sociale da lui raggiunta nel corso della vita. In breve, in ogni società umana ci sono gradi, c'è una gerarchia, se non altro quella dell'età. L'individuo, qualunque esso sia, vi dipende dal gruppo (eccetto il capo, là dove si è stabilito un potere assoluto), ma non in maniera uniforme»²⁷.

²³ Ivi, p. 103.

²⁴ Espressione molto ricorrente, utilizzata ad esempio da P.G. Solinas, *Luoghi d'Africa. Forme e pratiche dell'identità*, Carocci, Roma, 1995 ed anche da R. Beneduce, *Poteri e identità in Africa subsahariana*, Liguori, Napoli, 2008. Cfr. anche A. Ciattini, U. Fabietti, M. Pavanello, *I modi della cultura, manuale di etnologia*, a cura di I. Signorini, Carocci, Roma, 1992; U. Fabietti, *L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1995 (III. Ed., Carocci, Roma, 2013); U. Fabietti, *Storia dell'antropologia*, Zanichelli, Bologna, 2011; U. Fabietti, R. Malingetti, V. Matera, *Dal tribale al globale. Introduzione all'antropologia*, Mondadori, Milano, 2012; U. Fabietti, V. Matera, *Etnografia. Strutture e rappresentazioni dell'antropologia*, Carocci, Roma, 2007; U. Fabietti- P.C. Salzman, *The anthropology of tribal and peasant pastoral societies*, tr. it. *Antropologia delle società pastorali tribali e contadine*, Ibis, Como-Pavia, 1996. Cfr. anche Aa. Vv., *La notion de personne en Afrique noire*, Actes du Colloque International (Paris 11-17 octobre 1973), L'Harmattan, Paris, 1973 e H.G. Viljoen, *Eastern and African perspectives*, in W.F. Meyer- C. Moore- H.G. Viljoen (a cura di), *Personology: From individual to ecosystem*, Heinemann, Johannesburg, 1997, pp. 591-627.

²⁵ Cfr. intervista a Padre Christian Stenou, Camilliano del lebbrosario di Davougon, *infra*, pp. 43-445.

²⁶ L. Levi-Bruhl, *L'anima primitiva*, cit., pp. 84-85.

²⁷ Ivi, p. 83.

Al vertice della gerarchia sociale²⁸ di una comunità familiare beninese vi sono, infatti, gli antenati, poi i capi della tribù o i re, in seguito i sacerdoti o specialisti rituali, il gruppo degli anziani (anche se non sempre, come si vedrà più oltre), gli uomini e, solo dopo, le donne e i bambini («il bambino molto piccolo non fa ancora parte del gruppo sociale»²⁹).

Il rispetto della gerarchia è avvertito fortemente all'interno delle comunità beninesi, tuttavia l'afferenza a gradi diversi non va intesa come specificazione individualizzante dei singoli e, dunque, restituzione di individualità, giacché implica solo il loro incardinamento all'interno di ruoli aspecifici (anziano, fratello, padre, madre). Inoltre tale strutturazione dell'identità parentale in maniera rigorosamente gerarchica non è solo riconosciuta e percepita intimamente dai membri del gruppo, ma esperibile nella prassi dell'esistenza sociale e della vita quotidiana: si pensi, ad esempio, alla circostanza in forza della quale in caso di morte di un uomo solo il fratello è autorizzato ed, anzi, spinto a prendere la moglie. Lo stesso si verifica al manifestarsi di una malattia che, colpendo un membro del gruppo, determina la mobilitazione e il coinvolgimento di tutti, ma ascrive ai capi gerarchici le decisioni sanitarie.

In caso di malattia, infatti, è massimamente visibile il significato dell'appartenenza: non solo i familiari accompagnano *sempre* il malato in Ospedale, ma restano con lui durante le lunghe degenze per provvedere al suo nutrimento, alla pulizia dei suoi indumenti, delle lenzuola e delle garze che sono state utilizzate per una medicazione o un intervento chirurgico (non sempre garantita dalla struttura) e si rendono persino disponibili a lasciarsi trasfondere in caso di bisogno di sangue³⁰. Ciò è confermato dalle parole di un medico francese che ha vissuto per oltre quarant'anni in Bénin: «I- Dalla mia esperienza posso dire che è molto forte il legame familiare: qui vedo che i familiari accompagnano sempre i malati in Ospedale e restano al loro fianco, poi, se i malati sono troppo gravi e non resta altro da fare che rimandarli a casa, i familiari continuano ad occuparsene a casa»³¹.

Inoltre se i malati sono sottoposti a particolari regimi o diete alimentari anche i parenti seguiranno le medesime prescrizioni. Ciò non solo per una reciproca solidarietà tra i membri,

²⁸ M. Abéles - C. Collard, *Age, pouvoir et société en Afrique noire*, Karthala, Paris, 1985.

²⁹ L. Levi-Bruhl, *L'anima primitiva*, cit., p. 235.

³⁰ In un testo dall'insuperabile valore per la presente ricerca, di cui si avrà modo di parlare ancora, il prof. E. Di Salvo parla del ruolo dei familiari all'interno dell'Ospedale di Gbemontin a Zagnanado, affidato alla guida dell'illuminata Suor Julia Aguiar: «Il ruolo dei familiari: il modello Gbemontin non sarebbe possibile senza che venisse coinvolto l'intero corpo familiare del degente, che provvede a preparare il vitto al congiunto nelle cucine comuni dell'Ospedale, al lavaggio delle lenzuola e della biancheria ed alla pulizia rigorosa degli ambienti di degenza e degli spazi comuni. Assicurando così quell'ordine e quell'igiene rigorosi che costituiscono un'altra delle straordinarie caratteristiche del Centro. La Suora ha un tale carisma che nessuno si tira indietro: se arrivano dei feriti, se ne occupa immediatamente ma affida ai parenti bacinelle e spugne perché tutto venga ripulito alla perfezione. Una équipe allargata, un piccolo popolo della solidarietà», E. Di Salvo, *Gbemontin. La vita ritrovata*, con fotografie di F. Burrelli, Arti grafiche EFFEGI Sas, Portici, Napoli, 2015, p. 51.

³¹ Intervista ad Olivier Salmon, medico francese operante in Bénin, *infra*, pp. 496-499.

ma proprio in forza del loro sentirsi *uno*: «quando un membro della famiglia è malato, tutti gli altri devono attenersi allo stesso regime: ch  se prendessero alimenti disadatti a lui, sarebbe come se egli stesso ne mangiasse, ed il suo stato finirebbe col peggiorare»³².

Accade anche che, considerata la malattia una rottura dell'ordine fisico-metafisico per cause morali, il gruppo tutto, sentendosi unitamente responsabile, si impegna, insieme con il malato, a ricercare le colpe: «Quando capita una malattia grave c'  la credenza che sia stata causata da uno o pi  esseri o forze misteriose. L'agire di queste forze   associato a disturbi di ordine morale. Per questa ragione ogni particolare comportamento della persona in questione nel recente passato viene vagliato, per scoprire le possibili responsabilit »³³.

Poi, dopo aver individuato i rei,   il gruppo tutto, e non il singolo malato che da solo *non   e non pu *, a profondere numerosi sforzi al fine di ripristinare il rapporto con dei od avi, sacrificando animali, offrendo preghiere e cerimonie collettive: «una calamit  pubblica, un'epidemia, una serie di morti rapidamente succedentisi, induce a pensare che qualcuno ha commesso un delitto di tal fatta. Si ricorre allora alla divinazione, non tanto forse per conoscere il o i colpevoli, quanto per sapere esattamente quale *tab *   stato infranto, e procedere alle espiazioni necessarie»³⁴.

A ben vedere, rappresentando la malattia la manifestazione del male, il gruppo, ferito nel suo membro, si percepisce come vulnerabile, esposto al contagio e alla propagazione di quel nocumento proprio in virt  dell'intima unione dei membri del gruppo: «se la malattia semina la costernazione nel gruppo, ci  non   dovuto al fatto che si teme il contagio nel senso europeo della parola; ma l'influsso maligno che si sta attuando su di un membro del gruppo ormai agir , anzi ormai agisce, anche sugli altri, in virt  della loro unione mistica, in virt  della essenza comune a tutti loro»³⁵.

Fragile e scoperto dinanzi al male, il gruppo ne teme il sopravvento che potrebbe condurre tutti/ tutto alla rovina, alla morte, «perch  in fondo   proprio nel problema della morte e della sua ripetizione rituale che si concentrano le grandi scelte simboliche delle

³² L. Levi-Bruhl, *L'anima primitiva*, cit., p. 101.

³³ V.W. Turner, *Schism and Continuity in An African Society. A Study of Ndembu Village Life*, Manchester University Press, Manchester, (1957) 1971², cap. IV, pp. 87-130; cap. V, pp. 131-148; tr. it. *Rottura e continuit  in una societ  africana. La vita in un villaggio Ndembu*, in Aa. Vv., *La politica della parentela. Analisi situazionali di societ  africane in transizione*, a cura di G. Arrighi e L. Passerini, Feltrinelli, Milano, 1976, pp. 147-207, ivi, p. 202.

³⁴ L. Levi-Bruhl, *L'anima primitiva*, cit., p. 122.

³⁵ Ivi, p. 253.

singole culture intorno al senso attribuibile alla vicenda umana, nel suo intreccio tra la temporanea esistenza individuale e la continuità sociale»³⁶.

2. *La malattia secondo la cultura tradizionale: l'envoûtement*

Quando si argomenta di tradizioni beninesi sarebbe, invero, opportuno riferirsi a tradizioni familiari più che tribali a causa della grande diversificazione di pratiche da un gruppo ad un altro; tuttavia, nell'impossibilità di rendere ragione di tale pluralità, ci si avvarrà di una semplificazione che, motivata da ragioni sufficientemente ricostruibili, consente di effettuare una differenza tra le tradizioni beninesi sulla base del metro geografico. Netta è, invero, la ripartizione tra il Nord del Paese in cui le tradizioni vengono avvertite in maniera molto più dirimente per la vita dei gruppi e conforme al dettato culturale atavico, rispetto al Sud laddove, essendo più diffuso l'inurbamento e l'occidentalizzazione, le tradizioni si dispongono al fenomeno della *modernizzazione* (di cui diremo meglio oltre).

Ciononostante la convinzione tradizionale che la malattia sia legata alla sventura e al maleficio è diffusa su tutto il territorio del Bénin (e non solo) a causa del costante riferire l'interpretazione dei fenomeni della realtà empirica alla dimensione metafisico-spirituale: «tentare di capire l'Africa e l'Africano senza l'apporto delle religioni tradizionali sarebbe come aprire un grande armadio svuotato del suo contenuto più prezioso»³⁷.

Pertanto, come accennato, la semantizzazione della malattia è prevalentemente ascritta ad uno squilibrio dell'ordine umano-divino, dunque intesa come una «punizione degli dèi per colpe commesse. La natura e la severità della punizione variano in accordo alla natura e alla gravità dell'offesa commessa»³⁸: dal furto di un bene, alla violazione di un divieto, al mancato rispetto di una tradizione, il che ascrive al malato stesso la responsabilità del castigo che si è manifestato nel suo corpo.

Tuttavia la causa del male può avere anche un'origine non umana, nel senso che può rintracciare la sua scaturigine nell'intima malvagità di demoni e spiriti, divertiti dalla sofferenza delle genti:

«Quando capitano gravi disgrazie ci sono due possibilità di cattiva condotta: può essere il risultato della cattiva condotta della vittima oppure può essere dovuto alla malvagità degli altri.

Nel primo caso la disgrazia è l'azione punitiva degli spiriti degli antenati, guardiani attenti e

³⁶ V. Petrarca, *Pagani e cristiani nell'Africa nera*, cit., p. 16. A. Owu, *Dying, death, reincarnation and traditional healing in Africa*, Paper presented at the Twenty-first Annual meeting of the African Studies Association, Baltimore, Maryland, 1978.

³⁷ G. Dieterlin, *Textes sacrés d'Afrique noire*, Gallimard, Paris, 1965, p. 8.

³⁸ E. Soumonni, *Disease, religion and medicine: smallpox in nineteenth-century Benin*, in «História, Ciências, Saúde», 19 (2012), pp. 35-45, ivi, p. 38 (trad. mia).

nascosti della moralità della parentela; nel secondo caso si tratta della malvagità di streghe, maghi o demoni»³⁹.

Inoltre, a ben vedere, la maledizione soggiacente il palesarsi del male non deve necessariamente essere originata da un dio, demone, antenato o spirito, bensì può essere generata anche da un altro uomo:

«Ad esempio, la maledizione può essere lanciata da un individuo ad un altro (spesso un parente) in seguito ad un comportamento considerato repressibile dal gruppo sociale (ingiuria, furto, adulterio, litigio, etc.). Viene così, in uno di questi casi, legata ad una sanzione amministrata da un individuo nei riguardi di un altro. Ma talvolta, l'origine della maledizione non può essere situata nel tempo. Può ereditarsi, trasmettersi di generazione in generazione e “venire a cadere” su una persona o applicarsi all'insieme dei membri di un lignaggio quando un antenato è accusato di aver commesso un atto repressibile»⁴⁰.

Sia che la maledizione sia contestuale e risalibile, sia che venga ascritta al passato e a responsabilità di parenti lontani, quando un uomo vuole il male di un suo simile e si impegna per raggiungere tale scopo si parla di *envoûtement*, letteralmente *sortilegio*, inteso come invocazione del male e suo utilizzo contro terzi. In Bénin si usa dire che il male è “inviato”: «le persone se vogliono fare del male al loro prossimo, farlo soffrire o anche portarlo alla morte gli inviano il male»⁴¹; tuttavia la resa italiana non riesce a rendere ragione dell'*invio* del male, sicché si preferisce lasciare il termine nella lingua originale, con tutta la sua carica di significato misterico, religioso e, in qualche modo, “malato”. L'altro è la fonte della propria sventura: «si tratta del livello elevato di superstizione fatalista palpabile presso i beninesi per cui niente, nessuna sventura arriva se non è provocata, senza essere la manifestazione di un *envoûtement*. Tutto si spiega attraverso la forza nociva di tale o talaltro malvagio»⁴². «“E dobo mi wè”- Mi hanno *envoûté* – in lingua Fon»⁴³.

Ciascuno può rendersi responsabile del male del prossimo per le motivazioni più diverse, sia per mera invidia dell'altrui successo, sia per risentimento dovuto ad episodi di scontro interpersonale o per una forma di giustizia, altrimenti difficilmente garantita, nei confronti di sconosciuti malvagi:

«un'altra pratica è utilizzata sia per immobilizzare i ladri dei raccolti nei campi sia per procedere ad un *envoûtement* di tutti i ladri che preleveranno un prodotto agricolo dal campo. Tale pratica rituale iniziatica è permeata di esoterismo. La sua base materiale è il *dangloadou*, un prodotto

³⁹ V.W. Turner, *Rottura e continuità in una società africana. La vita in un villaggio Ndembu*, in Aa. Vv., *La politica della parentela. Analisi situazionali di società africane in transizione*, cit., p. 202.

⁴⁰ D. Bonnet, *Repenser l'herité*, Archives contemporaines, Paris, 2009, p. 46

⁴¹ Intervista a Remy, *infra*, p. 413.

⁴² O. Ribouis, *Les Bénin des gris gris et des envoûtements*, in «La Nouvelle Tribune», 26/06/2015 : <https://lanouvelletribune.info/archives/benin/societe/24438-le-benin-des-gris-gris-et-des-envoûtements#!/ccomment-comment=348109> (ultima visualizzazione dicembre 2016, trad. mia).

⁴³ Ibidem.

fabbricato localmente, messo in un flacone e distribuito nel campo per “intrappolare” (avvelenamento della manioca, dell’ignam, della frutta, etc.) i ladri. Quando un ladro si autodenuncia, a causa delle sofferenze che patisce, implora il perdono del proprietario del campo che, secondo condizioni che lui stesso detta o che sono dettate dall’autore del sistema di *envoûtement*, caccia gli spiriti “maligni” che fanno soffrire il ladro (malattia, follia, ferite incurabili, etc.) attraverso un’infusione o la macerazione di prodotti vegetali in acqua *afla*»⁴⁴

L’autore dell’*envoûtement*, infatti, può essere un singolo, edotto sulle pratiche (formule, preparati, etc.) originanti la sventura o il nocumento, o, più sovente, un *medium*⁴⁵, un individuo dotato di poteri mistici⁴⁶, capace di invocare o allontanare il male e profondo conoscitore delle pratiche di *envoûtement*. Costui può essere:

- un *sorcier* ovvero colui che è abitato da forze maligne e sa disporne⁴⁷ (parleremo lungamente nella seconda sezione del significato proprio della *sorcellerie* nel contesto tradizionale beninese; per ora si dica solo che un *sorcier* è sia vittima che tramite del

⁴⁴J. Daane, M. Breusers, E. Frederiks, *Dynamique paysanne sur le plateau Adja du Bénin*, Karthala, Paris, 1997, p. 259 (trad. mia).

⁴⁵ Si veda in proposito la lettura di De Martino, studioso del mondo dei popoli “primitivi”, ovvero di quelli radicati in culture ataviche, che egli definisce il mondo “magico”: «Scopo dell’intero sistema religioso (...) è di “mantenere l’equilibrio tra gli uomini e il resto del mondo”. Ora questo equilibrio è rotto tutte le volte che una “regola di vita”, decretata dalla tradizione, è violata. Quando la rottura di un *tabù* si verifica, i poteri regolatori del mondo e degli uomini si trasformano in forze numinose maligne e avverse. In questo complesso ideologico-affettivo si inserisce organicamente la credenza nei poteri paragonomici dello sciamano. Se un *tabù* è violato, lo sciamano è chiamato a identificare la segreta rottura dell’equilibrio che “mantiene il mondo” e che assicura il normale decorso della vita individuale e sociale. Così p. es., se una persona è malata, la sua malattia dipende dalla violazione di un *tabù*. Lo sciamano deve introdurre il paziente alla confessione delle sue colpe, e se questi non confessa allora egli carpirà all’anima i suoi segreti con la sua scienza misteriosa. (...) il procedimento dello sciamano per strappare alla paziente la confessione delle sue colpe poggia certamente molto sull’efficacia suggestiva delle interrogazioni: ma non è per nulla da escludere che un reale potere meta gnomico si espliciti qua e là in questa seduta come in altre del genere». «Lo stregone è dunque chiamato non soltanto a combattere la labilità insorgente nelle varie congiunture della vita quotidiana, ma anche quella suscitata intenzionalmente da altri maghi attraverso le loro malie. Ancora una volta ci troviamo dinanzi a un tema culturale magico che sembra contraddire al tema fondamentale del rischio e del riscatto: infatti nella fattura, e in genere nelle pratiche di “magia nera”, il rischio della vittima sembra diventare il fine ultimo e conclusivo della operazione magica» E. De Martino, *Il Mondo Magico. Prolegomeni ad una storia del magismo* (I ed. Einaudi, Torino, 1948), introduzione di C. Cases, postfazione di G. Satta, Bollati Boringhieri, Milano, 1973, rist. 2007 (da cui si cita) pp. 59-60 e 104-105. Cfr. M. Eliade, *Lo sciamanismo e le tecniche dell’estasi*, Bocca, Milano, 1953.

⁴⁶ I.M. Lewis, *Religion in context. Cults and Charisma*, Cambridge University Press, Cambridge, 1986; tr. it. *Possessione, stregoneria, sciamanismo. Contesti religiosi nelle società tradizionali*, a cura di V. Lanternari, Liguori, Napoli, 1993.

⁴⁷ Un guaritore tradizionale intervistato spiega: «Le malattie possono essere inviate dalle persone che posseggono la *sorcellerie*, una sorta di magia che passa spesso durante la notte per cercare l’anima dell’uomo; non prende, infatti, il tuo corpo, ma prende l’anima e intavola una sorta di riunione: attraverso di essa può trasformare l’uomo in maiale o in pesce da mangiare, così l’anima adduce delle motivazioni per non farlo, se si accettano le motivazioni l’anima ritorna, ma se non vengono accolte l’anima ritorna più volte alle riunioni finché non viene detto sì, ma se continua a dire di no l’anima muore. Ma se trovi qualcuno che può guarire questa persona bisogna che ci si rivolga molto presto, molto presto, alla medicina moderna, all’Ospedale o al dispensario. Allo stesso modo dal guaritore bisogna recarsi presto altrimenti se il cuore della persona è già stato mangiato prima dell’arrivo da un guaritore non è più possibile procedere con alcun tipo di guarigione». Intervista al Guaritore Tradizionale, *infra*, pp. 479-480. Ciò viene ben spiegato da Lewis il quale sostiene che «lo sciamano è un sacerdote ispirato che, in qualità di spirito o di anima, ascende ai cieli nel corso di escursioni “mistiche”, in uno stato di trance estatica. Lì egli incontra le potenze celesti ed entra in comunione con loro, al fine di favorire gli interessi dei suoi compagni». I.M. Lewis, *Possessione, stregoneria, sciamanismo*, cit., p. 121.

male che in lui si è insediato, si pensi alle donne anziane africane, spesso connotate dall'immagine di *sorcières*⁴⁸);

- un *prêtre* di una religione tradizionale come il Vodun o di altre sette locali che, avendo familiarità con l'orizzonte spirituale, riesce a direzionare, in forza della preghiera e di particolari pratiche, l'agire degli spiriti, determinando così fortune o sventure nelle vittime⁴⁹;

- un *guérisseur* che, in virtù dello stretto legame tra religione tradizionale e malattia, è capace di *curare il male* che ha preso possesso del corpo nella forma dello stato patologico⁵⁰, ma anche di determinarlo presso altri:

«I- All'interno di un villaggio c'è sempre un guaritore e tutti sanno chi è, ma ci sono molti tipi di guaritore. Ad esempio vi sono alcuni capaci di curare l'HIV, altri di inviarlo. Noi africani abbiamo numerosi modi di mettere le malattie nel corpo [*mettre les maladies dans le corp*]: il guaritore può mettere le malattie [*getter les maladies*] nel tuo corpo. C- Dunque un guaritore può eliminare una malattia e, allo stesso tempo, causarla? Perché? I- Perché qualcuno lo chiede! Ad esempio io lavoro nell'Ospedale, mettiamo il caso che io voglia occupare il posto di lavoro di un altro. Mi reco da un guaritore e lui mi dice: prendi queste foglie e pronuncia queste frasi. C- Il guaritore ti dà una sorta di ricetta e provvedi tu stesso a comporla o ti consegna un preparato? Ed è a pagamento? I-Dipende, in ogni caso si paga il consulto o i prodotti. Lui mi dirà prendi questo preparato e vedrai che in quel giorno colui che tu vuoi sostituire si ammalerà e resterà a casa e tu potrai prendere il suo posto. Il male gli viene inviato [*envoie*], letteralmente. C- Ma la stessa persona che guarisce le malattie può anche arrecarle o sono guaritori diversi, alcuni orientati al bene e altri al male? I- No tutti i guaritori possono farlo, basta pagare. C- Vengono consultati prevalentemente per guarire o per arrecare malattie? I- In percentuale simile, moltissimi chiedono di inviare il male ad altri per ottenere potere. C- Lo hai mai fatto? I-No, certo che no, mi farebbe

⁴⁸ «Particolarmente nell'Africa occidentale, si è a lungo notato che i soggetti talvolta confessano volontariamente di essere streghe e di aver stregato altre persone. Questo fenomeno in cui accusatore ed accusato si identificano è stato reso noto col nome di "stregoneria introspettiva" (vedi Field 1960; Ruel 1970) e si è rivelato difficile da analizzare entro la cornice della teoria "antropologica" tradizionale di ipostazione struttural-funzionalista che si interessa alle tensioni sociali della stregoneria (e che naturalmente è veramente una teoria psicologica – vedi Lewis 1977). Questa teoria presume che la vittima della disgrazia cerchi sollievo accusando un nemico (la "strega") della responsabilità per i suoi mali» I.M. Lewis, *Possessione, stregoneria, sciamanismo*, cit., p. 83.

⁴⁹ «La cura (ad opera di sacerdoti tradizionali, cercatori di streghe, o profeti) costituisce un processo prolungato. Si ascoltano confessioni durante visite a un santuario in cui il paziente può essere "ospedalizzato" per qualche tempo» Ivi, p. 84.

⁵⁰ È interessante notare come si invocano i guaritori per determinare lo stato di altri: non solo lo stato di salute ma anche lo stato emotivo/ affettivo. Molto diffusa è la pratica di rivolgersi ai guaritori per determinare il coinvolgimento amoroso dell'amato/a e, soprattutto, per garantirne la fedeltà a causa della massima vergogna collettiva che implica il tradimento delle mogli. Cfr. il sito online del Voyant Medium Soglo- Maitre Marabut Bénin: <http://www.maitremarabout-soglo.com/guerisseursglo.php> (ultima visualizzazione dicembre 2016) o quello de *Le plus grand voyant marabut medium du Bénin Dah Ketou* specializzato in *envoutements e desenvoutements amoureux*: <http://gbenou.canalblog.com/archives/2017/05/08/35261091.html> (ultima visualizzazione dicembre 2016).

anche paura. Ma ci sono persone anche nel governo che per ottenere il potere si servono dei guaritori»⁵¹.

Accade spesso che coloro i quali ascrivono la malattia ai malefici, di cui credono essere vittime, preferiscano non recarsi in Ospedale, considerato che per la credenza culturale il male spirituale non potrà trovare una cura in quel contesto razionalizzato: «ci sono molte malattie che l'Ospedale non può guarire, soprattutto se le malattie sono state inviate: l'Ospedale non potrà mai guarirle»⁵². Questa è una delle cause della larga diffusione del cosiddetto *folk health care system*, ovvero del sistema terapeutico tradizionale che verrà tematizzato nel capitolo successivo.

I malati, dunque, si rivolgono ai guaritori tradizionali i quali adducono di avere la capacità non solo di curare il corpo e, cioè, di liberarlo dalla presenza del male, ma anche di prevenirne l'evenienza futura e, in qualche modo, di poterlo restituire al mittente. Si tratta del *contre-envoûtement* che è una forma di protezione dell'individuo, una sorta di medicina preventiva: un «vaccino per prevenire l'*envoûtement*»⁵³ che consente anche di restituire il maleficio a colui che dovesse decidere di inviarlo, invertendone la direzione. Coloro che praticano tale “contro-invio” sono da intendere, dunque, come «“antistregoni” approvati socialmente a causa della loro esperienza nel combattere e contrastare la stregoneria illecita, devono di solito il loro successo all'aver causato quello che essi stessi curano. In questo caso il lato negativo conferisce potere al lato positivo che lo legittima»⁵⁴.

Per le descritte ragioni, tra le diverse comunità beninesi è particolarmente invalso un atteggiamento di sospetto e timore che il prossimo possa volere il male dell'altro o che, in qualche modo, desideri diminuirlo per primeggiare; mentre all'interno delle famiglie accade spesso che i singoli siano puniti con *l'envoûtement* se, come anticipato, contravvengono ai

⁵¹ Intervista a Gongo, *infra*, pp. 418-419.

⁵² Ibidem, *infra*, p. 420.

⁵³ Cfr. l'intervista al Guaritore tradizionale: «I- (...) io prendo questo (un liquore) come protezione [*contre*]. C- Protezione da cosa? I- L'*envoûtement*. Questo lo chiamiamo “chakatu”, è come un vaccino per prevenire l'*envoûtement* di coloro che mi sono vicini: se qualcuno mi invia della cattiva sorte io mi tutelo con questo. C- Quante volte deve prenderlo? I- Poche: una volta ti dura per anni, ma se ad esempio ti capita di toccare un maiale il suo potere si annienta e devi riprenderlo. Poi, sa, io sono un guaritore molto conosciuto, per cui sono esposto alle invidie delle persone. (...) C- Cosa significa per lei guarire con la medicina tradizionale e cosa secondo la tradizione vuole dire essere malati. I- La malattia è qualcosa di tossico per il corpo di un essere. Ogni cosa è viva, respira e ogni cosa può essere colpita dalla malattia: quando la malattia arriva non riguarda solo il corpo, ma l'insieme di tutto ciò che vive. Contro la malattia bisogna lottare per ritrovare la pace nel corpo. Possiamo proteggerci dall'arrivo della malattia attraverso i medicinali e anche curarci, ma anche attraverso dei divieti alimentari. Se tu sei protetto nel corpo, quando qualcuno ti invia una malattia [*l'envoûtement*], essa ritornerà a colui che l'ha inviata. Quest'ultimo, anche se prende dei medicinali, verrà colpito a morte dalla malattia e non troverà alcuna guarigione perché ci sono delle cose “ababla” (ritorno al mittente) che si mettono dentro alla protezione che risultano anche come controattacco. Colui al quale il male è ritornato non troverà alcuna guarigione e morirà». *Infra*, p. 479.

⁵⁴ I.M. Lewis, *Possessione, stregoneria, sciamanismo*, cit., p. 102. Cfr. anche P. Coppo, *Negoziare il male: stregoneria e contro stregoneria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007.

principi stabiliti dalle tradizioni, alle leggi del gruppo (dei vivi e dei non vivi) o commettono azioni empie, finalizzate a scopi individualistici. L'*envoûtement* così inteso è una forma di protezione del gruppo da un altro gruppo o da un membro reo, ma, ad un tempo, qualcosa di negativo se commesso per scopi individuali, giacché figura la rottura dell'armonia interna al nucleo. In seno al potere mistico dell'*envoûtement* c'è una dialettica tra «l'uso moralmente approvato, e pertanto positivo della forza mistica nell'“interesse pubblico” ed il suo illegittimo abuso per “interessi privati” antisociali (= stregoneria)» dunque «è importante accentuare qui la relatività contestuale della morale e la fluidità di questi poteri positivi e negativi, specialmente se appaiono completamente privi di relazione dal punto di vista fenomenologico»⁵⁵.

Ciononostante, quale che sia la sua origine o la sua motivazione, l'*envoûtement* determina il palesarsi del male e, sovente, il suo concretarsi nella forma del morbo, da cui il gruppo tutto è chiamato a proteggersi, preoccupandosi unanimemente di ristabilire l'ordine delle cose attraverso la cura.

3. *Possibilità e scelte terapeutiche tra autorità ed autodeterminazione*

Alla luce delle descrizioni surriportate, è probabilmente più avvicinabile il significato *condiviso* della cura, così come inteso nelle comunità familiari beninesi: il manifestarsi del male nel corpo di un uomo che ritrova la sua identità solo nell'appartenenza al gruppo non è mai considerabile come qualcosa di individuale, bensì collettivo; la causa del male stesso, essendo intesa come un che di esterno, giacché determinata da terzi, non è qualcosa di endogeno, ma involve altri nell'evenienza della malattia; infine la malattia stessa, radicata alla credenza della sua trasmissibilità, sia per la via involontaria del contagio (non biologico), sia per quella deliberata per cui il malato (*sorcier*) può farsi tramite dell'“invio” del maleficio, determina un'indubitabile considerazione partecipata dell'evento della malattia. La conseguenza di tale complessa strutturazione della credenza culturale è, evidentemente, che anche l'impegno nella dimensione terapeutica non può che essere comune.

«La credenza che tutto ciò che accade ad una persona può essere attribuita all'esterno, esseri o poteri sovranaturali, implica che gli individui non possono essere considerati responsabili o causa del loro stesso comportamento, e che l'iniziativa personale per la ricerca

⁵⁵ I.M. Lewis, *Possessione, stregoneria, sciamanismo*, cit., pp. 95-96.

di soluzioni è soffocata»⁵⁶. La comunità, colpita dall'evento del male che ha inficiato la sua salute, provvede in quanto individuo, ovvero in quanto soggetto unico dell'essere e dell'agire, alla sua stessa cura. «Qualsiasi cosa accade all'individuo accade al gruppo intero, e qualsiasi cosa accade al gruppo intero accade all'individuo»⁵⁷.

Si è già accennato al tipico coinvolgimento di tutti i membri del gruppo che accompagnano il malato condividendone il regime alimentare o supportandolo con cerimonie e rituali che hanno lo scopo di ripristinare il rapporto con l'universo metafisico, riacquisendo il favore lesò degli antenati⁵⁸ o degli spiriti divini. Tuttavia la condivisione del dramma ha anche di per sé un effetto benefico giacché aiuta a «rendere il malato capace di esprimere le proprie emozioni, di scaricare l'ansia, accettare e comprendere ciò che sembra minacciare una parte di se stesso/a. Coinvolgere la famiglia e la comunità ha anche il beneficio addizionale che le paure e le emozioni delle famiglie possono essere partecipate»⁵⁹.

La dilemmaticità del coinvolgimento del nucleo familiare si palesa nella misura in cui esso prende il posto dell'individuo: delle terapie, ovvero anzitutto della scelta tra la medicina moderna o quella tradizionale, ma in generale delle disposizioni relative a tutti gli aspetti della cura, «sono i parenti che decidono»⁶⁰.

Viene all'attenzione il tema bioetico dell'autodeterminazione, ovvero della gestione del proprio corpo e della propria salute che, pur coinvolgendo il medico ed eventualmente i familiari nell'iter informativo e decisionale, ascrive al malato e alle sue inviolabili scelte un ruolo prioritario e non più disconoscibile per le disposizioni di cura. Il modello passato di etica medica invalso in Occidente, infatti, vedeva il singolo, soprattutto nelle situazioni più gravi di salute, sopravanzato dal volere dei familiari e del medico (il che, invero, rischia ancora di palesarsi rispetto alle questioni di fine vita in Paesi come l'Italia). Il depositario del sapere terapeutico, considerando incomprensibili per il paziente le informazioni sanitarie, si assumeva una responsabilità assoluta, come di un genitore nei confronti del minore, tenendolo all'oscuro del percorso di cure seguito. Quel modello, noto come *paternalismo medico*, fu, progressivamente marginalizzato e, poi, abolito a seguito del Processo di Norimberga, teatro in cui furono portate all'attenzione pubblica le atrocità perpetrate dai medici nazisti sui prigionieri dei campi di internamento, fatti cavie di esperimenti, prescindendo dalla loro autorizzazione. Tale pubblica denuncia determinò la svolta decisiva dell'etica medica che

⁵⁶ A.C. van Dyk, "Why me and not my neighbour?" *HIV/AIDS care and counselling in a traditional African context*, in «Curationis», 24 (August 2011) 3, pp. 4-11, ivi, p. 6 (trad. mia).

⁵⁷ J. Mbiti, *African Religions and Philosophy*, cit., p. 108 (trad. mia).

⁵⁸ J.C. McCall, *Rethinking ancestors in Africa*, in «Africa» 65 (1995) 2, pp. 256-270.

⁵⁹ A.C. van Dyk, "Why me and not my neighbour?", cit., p. 9 (trad. mia). Cfr. anche D. Hammond-Tooke, *Rituals and medicines*, AD. Donker, Johannesburg, 1989.

⁶⁰ Intervista a Remy, *infra*, p. 415.

vide l'emersione dell'autodeterminazione del paziente nella forma del *consenso informato* laddove, in una dinamica dialogica e condivisa, il medico è tenuto a trasferire tutte le *informazioni* necessarie al malato sulla patologia, le possibilità e le alternative terapeutiche, sottolineando le conseguenze dei vari tipi di cura e, quest'ultimo, ben accompagnato dallo specialista e, se lo desidera, supportato dalla famiglia, addiverrà ad una decisione personalissima sul suo corpo, sulla sua salute e sulla sua vita.

Nel contesto africano, ove non solo è già stato messo in dubbio la nozione di individualità possa essere comprensibile, ma è controverso possa essere definibile, è manifesto che i concetti di autodeterminazione ed autonomia, come anche quello di consenso informato, faticano ad trovare effettiva rispondenza entro quella semantica contestuale.

In occasione del palesarsi della malattia, dunque, la comunità tutta si prenderà cura del singolo, mai singolare, decidendo per il riferimento al sistema medico ufficiale o a quello terapeutico tradizionale, orientando le scelte precipue secondo la rigida gerarchia che denota la strutturazione interna delle collettività familiari:

«I- È vero che qui c'è ancora il paternalismo e generalmente non è necessariamente il padre il responsabile delle decisioni terapeutiche, ma il fratello maggiore, detto "fofo", o il capofamiglia che appunto è il padre o il fratello maggiore: se il padre non è presente si occupa il fratello delle donne di casa. (...). Se la donna è sposata, invece, è il marito che prende le decisioni terapeutiche: il marito spesso la accompagna alle visite ed è lui che decide (...). Per i bambini bisogna domandare al padre. Spesso in caso di operazioni le madri dicono di dover necessariamente coinvolgere il marito rispetto alla decisione»⁶¹.

Il coinvolgimento dei membri della famiglia ha sicuramente anche motivazioni economiche, giacché sono gli uomini che dispongono del denaro, mentre le donne al più gestiscono piccoli commerci, ma prevalentemente si occupano della prole e della vita domestica, pertanto è a quelli che bisogna fare ricorso per gli esborsi relativi alle cure, o alla famiglia di provenienza:

«la famiglia partecipa delle decisioni del gruppo e certo i mariti aiutano le mogli anche perché nella maggior parte dei casi sono loro che pagano (...). Non sono solo i mariti o i genitori che intervengono nelle decisioni di cura, ma anche gli zii, i cugini, dunque tu non sei indipendente. Quando una donna si sposa, il marito decide, ma fino ad un certo punto. Se la moglie si ammala lui deve darle del denaro, se lei rimane più giorni all'Ospedale ad un certo punto inizieranno ad arrivare alcuni membri della famiglia, per osservare, rendersi conto se le cure sono efficaci o se è il caso di portarla a casa. La madre di lei ha più potere della famiglia del marito e se decide che la figlia deve continuare le cure in ospedale è lei che bisognerà ascoltare. C- Dunque la madre della donna o, comunque, la sua famiglia di provenienza ha più potere decisionale del marito e della sua famiglia? I- Sì. Perché se la donna muore la perdita più grande l'avrà la madre, poi il padre, le

⁶¹ Intervista ad Olivier Salmon, *infra*, p. 498.

sorelle e la sua famiglia. Il marito, invece, dopo la morte della moglie può prendere un'altra donna. Ma se rispetto alle cure della donna il marito rifiuta delle decisioni della famiglia di lei (ad esempio di andare da un guaritore tradizionale o di proseguire le cure in ospedali) e qualcosa accade alla donna è lui che paga le conseguenze, perché lui l'ha uccisa. Dunque sarà malvisto dalla famiglia di lei perché è ritenuto responsabile della sua morte»⁶².

La gerarchia interna al gruppo è rispettata così rigorosamente che, qualora un bambino dovesse aver bisogno di cure improvvise e non posticipabili ed il padre decidesse di non accordare il consenso o non fosse presente per darlo, nessuno la oltrepasserà⁶³:

«J. è nel suo letto di ospedale. Ha avuto una peritonite gravissima, sia Olivier che noi abbiamo per tre giorni piegato alla madre che era indispensabile una operazione. Non ha dato il suo consenso perché ha voluto attendere che tornasse il padre, non rintracciabile. Non credo esista laggiù una legge che consente di rivolgersi al magistrato di turno e togliere provvisoriamente la potestà al genitore; oppure c'è, ma non si possono stravolgere sensibilità, anche se sbagliate. Quando è stato possibile operarla, la situazione è apparsa compromessa, abbiamo fatto quello che potevamo»⁶⁴.

Il ruolo dell'*autorità* paterna, in una società fortemente *machiste* che considera le donne un bene che il marito “compra” pagando un'ingente dote alla famiglia e i figli un possesso del padre e del gruppo tutto, sposta la nozione suddescritta di *appartenenza* al gruppo verso dinamiche *proprietarie*, familiari a molte culture ataviche (non lontane dal passato occidentale) che possono farsi foriere di conseguenze particolarmente gravi, come quella descritta. Ciononostante non è possibile semplicisticamente addurre che quella mentalità, sì radicata nella nozione di identità collettiva e nelle proprie credenze tradizionali, possa assumere (ammesso che debba, ma questo è il quesito che condurrà la seconda sezione del lavoro) i concetti di autodeterminazione ed autonomia che rispondono a contesti semantici altri.

Del resto bisogna anche tenere conto che, al di là delle situazioni estreme, le logiche identitarie di comunione determinano degli innegabili spazi di condivisione dell'evento della

⁶² Intervista a Mme Gras, *infra*, pp. 494-495. Cfr. anche l'intervista al prof. Codjo: «se la donna è malata, nella maggior parte dei casi il marito decide per la moglie, ma se non c'è stata la cerimonia di riconoscimento (è una questione di dote) presso la famiglia della sposa, allora il marito è tenuto a consultarsi con i genitori della moglie per le cure di lei. Se, durante il corso della malattia, la donna muore e il marito non aveva fatto quella cerimonia, la famiglia di lei reclama il corpo, se la cerimonia è stata fatta lui pretende che lei venga sepolta presso di lui. Se la donna è di un'altra cultura, di un altro gruppo socio-culturale, rispetto alle cerimonie, i suoi parenti si recano presso la famiglia del marito per celebrare una sorta di accordo che noi chiamiamo *fratrie* così da mediare se vi sono tradizioni differenti. Allo stesso modo per le cure dell'uomo viene coinvolta la famiglia di lui. C – Dunque nei fatti nessuno mai decide per se stesso delle cure. I – Non è così semplice». *Infra*, p. 427.

⁶³ Cfr. intervista a Suor Lola: «I-Teoricamente per i figli è la donna che decide, ma spesso la donna non ha soldi quindi è il padre che deve darglieli e se il padre non li ha o non vuole darglieli il bambino non può essere curato. Spesso accade che io dica loro “Porta tuo figlio al dispensario, ha un'anemia molto grave” e loro mi rispondono “domani lo farò!”, e io ribatto “Perché non oggi?”, loro mi rispondono “Perché mio marito non c'è, devo chiedergli il permesso!”, ed io “ma se tuo figlio muore?”. A quel punto non rispondono più ed io faccio quello che posso, le porto al dispensario e le aiuto come posso». *Infra*, pp. 450-451.

⁶⁴ E. Di Salvo, *The innocent*, con fotografie di L. Latte, Idelson-Gnocchi srl, Napoli, 2013, p. 17.

malattia e non comuni modalità di accordo congiunto e collaborazione tra le parti del gruppo rispetto alle scelte sanitarie:

«In generale quando visito una donna il marito c'è quasi sempre, io cerco di allontanarli dicendo loro che li chiamerò se ce ne sarà bisogno perché esiste il segreto medico, ma le mogli mi danno subito il permesso di farli rimanere. In linea di massima cercano di affrontare il problema insieme ed io mi interfaccio con entrambi (...). Ma *paternalismo non vuol dire dispotismo*: accade anche se la madre ha troppi figli e deve badare loro, il padre, soprattutto se non ha un lavoro, accompagna il bambino malato all'ospedale e si prende cura di lui. Se il padre lavora chiedono anche alla nonna, ad esempio»⁶⁵.

Inoltre, pur all'interno del contesto identitario collettivo è possibile esperire alcune forme di *autonomia* che non vuol certo dire indipendenza, ma quantomeno autocoscienza, nel senso di consapevolezza di sé all'interno del gruppo e non solo del sé come gruppo:

«I- Una volta io ho rifiutato di andare dallo *chaman* e non è stato semplice, ma l'ho fatto. La famiglia insisteva per il mio bene perché pensa che i guaritori tradizionali arrivino dove la medicina occidentale non riesce, ma io sono cristiana e non ho voluto. In ogni caso bisogna tener conto che le famiglie sono sempre meno animiste e sempre più cristiane, il che però non esclude che continuino a rivolgersi ai guaritori tradizionali»⁶⁶.

È dunque una forzatura ermeneutica intendere la nozione di identità collettiva come del tutto spersonalizzante, soprattutto per quanto concerne le decisioni sanitarie che, per quanto per la credenza culturale coinvolgano tutti, riguardano un corpo, una parte del gruppo che, colpita singolarmente, avverte una certa responsabilità individuale nei riguardi del tutto. Rispetto, poi, alle discriminazioni di genere, per quanto è noto che in particolare le donne siano costrette in un ruolo che limita significativamente la loro autonomia, è vero del pari che «la forza e l'autonomia della donna africana, specialmente se vista nella forma di gruppi di donne, non dovrebbe essere trascurata. La solidarietà delle donne all'interno delle comunità rurali africane potrebbe essere il loro più grande elemento di forza»⁶⁷. Un ruolo non sottostimabile, infatti, ha il gruppo delle donne nelle comunità familiari: esse ritrovano un'autonomia nella forza dell'unione, al punto che il loro sottoinsieme figura una nuova identità che assume un peso dirimente nelle scelte familiari, anche sanitarie, soprattutto per quanto concerne la cura dei figli.

Si potrebbe addurre, allora, che il punto di vista del malato beninese non sia del tutto costretto nell'appartenenza familiare e che, del resto, il terapeuta, sia esso un guaritore od un medico, pur essendo tenuto a rendere conto al gruppo tutto della salute del paziente, potrebbe sempre più essere sensibilizzato nel suo operato a prendere in considerazione le volontà del

⁶⁵ Intervista a Olivier, *infra*, p. 498 (corsivo mio).

⁶⁶ Intervista a Mme Gras, *infra*, p. 495.

⁶⁷ A.C. van Dyk, "Why me and not my neighbour?", cit., p. 9 (trad. mia).

singolo. Tuttavia, a ben vedere, l'individuo preposto alla cura della salute in un contesto come quello del Bénin è colui che più si chiude in una monologica autoreferenzialità elidendo la possibilità di ogni comunicazione partecipata.

La questione del *paternalismo familiare* incrocia, così, quella del *paternalismo medico* in Bénin, difatti né il terapeuta tradizionale né il medico moderno sono avvezzi ad *informare* chiaramente il paziente rispetto alla patologia, alle cure somministrate, alle terapie alternative o ai rischi possibili. Del resto al paziente e, in particolare, alla sua famiglia interessa solo essere guariti, ovvero emendati dal male. «C- Qui le persone ripongono molta fiducia sia nei guaritori che nei medici: il paziente crede *facilmente* in coloro che dicono di poterlo guarire. È più facile qui»⁶⁸. Tuttavia al di là della differenza tra guarigione e cura, che non sono certo sovrapponibili, si esperisce un completo *af-fidamento* alle cure, di qualsiasi natura esse siano, da parte dei malati i quali ripongono una *fede* religiosa nell'azione del taumaturgo, sia esso abbigliato con un camice bianco o decorato con orpelli tradizionali e rifiutano solo quelli che confliggono con le credenze e le tradizioni culturali (pertanto al più si potrebbe addurre che esista il *dissenso* rispetto a talune cure, *quando* informati)⁶⁹.

A ben vedere, però, almeno a livello teorico, in Bénin l'*Ordine nazionale dei medici*⁷⁰ ha l'obbligo di attenersi ad un *Codice di deontologia medica*⁷¹ risalente al 1973 in cui si afferma il rispetto della vita e della persona come *dovere primordiale* del medico in ogni circostanza (art. 1). All'art. 9 si sottolinea la libertà e l'indipendenza professionale del medico: «il medico non può alienare in alcun modo la sua indipendenza professionale»⁷² che, però, va corroborata con l'acquisizione del consenso, così regolamentata all'art. 28: «dopo aver formulato una diagnosi ed aver dato l'indicazione terapeutica, il medico deve sforzarsi di ottenere il consenso al trattamento [*s'efforcer d'obtenir l'exécution du traitement*], in particolare se la vita del malato è in pericolo. In caso di rifiuto, può interrompere le cure in

⁶⁸ Intervista a Mme. Laure, *infra*, p. 434.

⁶⁹ «C-Ricorda per caso un episodio specifico in cui un paziente ha rifiutato delle cure, dei trattamenti o un'operazione per motivi culturali o religiosi? I- Ma in generale le amputazioni: non le rifiutano del tutto, ma aspettano fino all'ultimo momento, fino a quando iniziano a star male e la famiglia non riesce più a sopportare l'odore dell'arto in cancrena, prima di venire all'Ospedale per farlo amputare. Altrimenti continuano a sperare di poter riprendere ad esempio a camminare, sperano di poter guarire attraverso i trattamenti tradizionali». Intervista ad Olivier, *infra*, p. 499.

⁷⁰ République du Bénin, *Ordonnance n. 73-38 du 21 avril 1973 portant Creation et Organisation des Ordres Nationaux des Medecins, Pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des sages-femmes* : <http://ordremedecinsbenin.org/index.php/espace-juridique/reglement-interieur/32-espace-juridique/54-statuts-de-l-ordre-national-des-medecins-du-benin> (ultima visualizzazione dicembre 2016).

⁷¹ République du Bénin, *Ordonnance n. 73-14 du 8 février 1973 instituant un Code de Déontologie Médicale : Code de déontologie médicale en République du Bénin* : <http://cojemeb.forumgratuit.org/t4-code-de-deontologie-medicale-en-republique-du-benin#9>

⁷² Ivi, trad. mia, art. 9.

ossequio all'art. 35 della presente ordinanza»⁷³. Questo, però, non lascia intendere se il consenso lo darà effettivamente il gruppo o il malato. Inoltre l'art. 31 recita: «chiamato d'urgenza a causa di un minore o di un altro incapace, e quando è impossibile raccogliere in tempo utile il consenso di un rappresentante legale, il medico deve somministrare le cure necessarie», il che è molto diverso rispetto ai principi invalsi in Occidente ove all'art. 25 del Codice di Deontologia medica si legge: «il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso» e all'art. 36: «il medico assicura l'assistenza indispensabile in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate» o riferite dal rappresentante legale (art. 37), anche se è noto che il dubbio valore legale delle DAT o testamento biologico pone all'attenzione del dibattito bioetico occidentale non poche problematicità.

Tuttavia quel che colpisce, tornando al Codice beninese, è che, oltre al fatto che il medico sembra già avere spazi di gestione delle cure particolarmente ampi, si legge ancora all'art 33: «una prognosi grave può legittimamente essere nascosta al malato. Una prognosi fatale può essere rivelata solo con la massima circospezione, ma deve essere riferita generalmente alla famiglia a meno che il malato non abbia precedentemente interdetto tale rivelazione o abbia designato terzi ai quali comunicarla»⁷⁴. Pare dunque vi sia una grande consapevolezza anche nel Documento della preponderanza del ruolo del medico e, in particolare, del suo diretto interfacciarsi con il gruppo tutto, più che con il malato al punto che l'art. 37 recita: «il medico non deve immischiarsi negli affari di famiglia»⁷⁵ il che, invero, riconferma anche sul piano giuridico il “doppio paternalismo” di cui sopra ove si lamentava una irreperibilità dell'individuo.

Più di recente è stato adottato il *Codice di etica e di deontologia per la ricerca sanitaria della Repubblica del Bénin* del 2010⁷⁶ che si ispira ai seguenti principi: «la dignità umana e i diritti dell'uomo; la vulnerabilità umana e l'integrità personale; l'anonimato; la confidenzialità; le credenze e le pratiche socio-culturali; la sicurezza [*innocuité*]; la beneficalità della ricerca; l'equità della ricerca; la restituzione dei risultati alle persone

⁷³ Ivi, art. 28, trad. mia. L'art. 35 recita «Il medico può rifiutarsi di adempiere alla sua missione a condizione che 1. Ciò non rechi alcun danno al suo malato; 2. Si assicuri della continuità delle cure e fornisca le relative informazioni necessarie»

⁷⁴ Ivi, trad. mia, art. 33.

⁷⁵ Ivi, art. 37.

⁷⁶ République du Bénin, *Loi n. 2010-40 du 08 décembre 2010 portant Code d'éthique et de déontologie pour la recherche en santé en République du Bénin*: <http://www.ethique-sante.org/pdf/loi-portant-code-ethique.pdf> (ultima visualizzazione dicembre 2016).

interessate; le regole di diffusione e di utilizzo dei risultati; la condivisione dei benefici della ricerca»⁷⁷. Tali principi, a ben vedere, soprattutto nella misura in cui rimarcano l'importanza dell'anonimato e della confidenzialità, come della trasmissione dei risultati solo ai soggetti coinvolti, sembrerebbero testimoniare un avanzamento verso il riconoscimento del singolo, pur in ossequio alla credenza e alle pratiche socioculturali.

Tuttavia, al di là dei pronunciamenti teorici, nella dimensione effettuale gli operatori sanitari sono consapevoli della sussistenza del paternalismo in questi luoghi e ne adducono sinanche la necessità:

«Rispetto al paternalismo è vero che noi medici abbiamo un potere abbastanza importante, talvolta io lascio alla persona la libertà di scegliere il trattamento, ma spesso mi rispondono “no, è lei che ha la competenza ed è suo compito aiutarmi”. C- È quindi molto differente la situazione rispetto all'Europa in cui il paziente talvolta pretende di decidere “troppo” rispetto al sapere dei medici. Lei crede che sia, dunque, un bene che il paternalismo qui esista ancora? I- Sì, certo, perché le persone qui non conoscono le loro malattie. Accade spesso che si presentino da me con delle cicatrici di precedenti interventi ed io chiedo loro di cosa sono stati operati, ma nella maggior parte dei casi non solo non sono in grado di riferirlo, ma non lo sanno. Io chiedo loro se il medico non gliel'ha detto o non lo ricordano, ma effettivamente non lo sanno: i medici “moderni” beninesi non dicono nulla alla persona, lo scrivono sul protocollo operatorio che le persone spesso perdono e non trovano mai»⁷⁸.

La grande disinformazione e l'analfabetismo diffuso rendono effettivamente complessa l'informazione sanitaria rispetto a pazienti che parlano solo dialetti locali e non hanno nessuna nozione, se non quella tradizionale, della malattia:

« I- Qui c'è molta fiducia nel medico, il che è un aspetto che potrebbe sembrare negativo, ma che è anche un aspetto profondamente positivo. (...) È sempre difficile spiegare la malattia al paziente, anche perché ci sono delle cose che per noi sono evidenti, che sono semplici, ma che è difficile spiegare perché spesso si tratta di persone che non sono mai andate a scuola e non conoscono le nozioni di igiene, le patologie, il modo in cui il nostro organismo è fatto. Non è facile far capire cosa succede nell'organismo. C – È quindi un paternalismo necessario quello che c'è qui I-(...) In Europa, in Italia si è andati troppo lontano per troppe cose ed diventa una catastrofe quando non si è più al servizio dell'uomo. Si valutano sempre e troppo i rischi»⁷⁹.

Si configura così l'idea che in un contesto come quello beninese, ove la difficoltà del dialogo tra medico e paziente pare insormontabile, il paternalismo sia non solo l'unico approccio di etica medica possibile, ma anche preferibile. Invero, a dispetto di una medicina ormai in Occidente divenuta prevalentemente *difensiva*, caratterizzata cioè dal timore dei medici che, sostenuti dai loro costosi avvocati, temono di intraprendere cure rischiose,

⁷⁷ Ivi, trad. mia Chapitre II, art. 1.

⁷⁸ Intervista ad Olivier, *infra*, pp. 498-499.

⁷⁹ Intervista a Padre Christian, *infra*, p. 438.

parrebbe che in Bénin, dove la salute è una *fortuna* e la malattia una *maledizione*, sia del tutto “fuori luogo”, nel senso di non adducibile, una piena attuazione del principio di autodeterminazione del malato, così come inteso nel Primo mondo. Certo, però, il paternalismo, e cioè l'autonomia decisionale del medico nel ripristino della *salute* come *salvezza* per l'individuo ed il gruppo, dovrebbe tenersi ben lontano dall'*accanimento terapeutico* in difesa della vita ad ogni costo⁸⁰, per quanto ciò sia difficilmente attuabile dove non ci sono mezzi.

«I – Qui si fanno delle cose che non si possono più fare in Europa. Ma la medicina è per l'uomo o per le regole? Quando si rimane qui per alcuni anni non si può più guardare l'Europa con gli stessi occhi. Ci si rende conto che ci sono delle cose aberranti, che sono folli in Europa, che non sono più a servizio dell'uomo. Bisogna che ci sia una presa di coscienza e che si torni alle cose più umane. Adesso sono solo le leggi, le regole, le carte che contano, non più l'uomo. C – È mai stato in un ospedale in Europa? I – Sono stato operato alla cataratta. Qui operiamo tutti i trimestri: c'è un oftalmologo che viene ad operare le cataratte, ma costa mille volte in meno che in Europa. Ed è la stessa malattia. Quando ho visto che per la mia cataratta è costato più di un milione di CFA, mentre qui costa venti mila franchi... Qui ci sono cose da migliorare, ma anche in Europa ci sono molte altre cose da migliorare per porsi a servizio dell'uomo; non più delle regole, delle leggi. Come fare? È difficile dirlo. C'è bisogno di una presa di coscienza. È difficile, ma è necessario. C – È quasi impossibile. nel nostro Paese gli avvocati lavorano per i malati che la prima cosa che pensano è come fare per guadagnare. È un circolo. I – La cosa terribile è che quello qui diviene un modello. Il pericolo è cadere negli stessi problemi, ma in più qui non ci sono i mezzi»⁸¹.

Il ritorno all'uomo in medicina è un problema certo Occidentale, ma è vero del pari che il paternalismo, pur forse necessario in Bénin, incorre nel medesimo rischio di spersonalizzazione del malato che viene ad essere soffocato dall'ingerenza di un medico il quale, per di più, non si rivolge a lui per le decisioni di cura, ma alla sua gerarchia familiare. Difatti il «ruolo paternalistico della comunità nella maggior parte dei paesi africani (...), rafforzato dai professionisti della medicina tradizionale africana rispetto a ciò che usa definirsi “comunità-individualità”»⁸² rischia di non tenere alcun conto del singolo.

⁸⁰ Per una riflessione accorta dell'accanimento terapeutico si veda E. D'Antuono, *L'accanimento terapeutico. Note per un'analisi delle questioni bioetiche di fine vita*, in Aa. Vv., *Le criticità nella medicina di fine vita: riflessioni etico-deontologiche e giuridico economiche*, a cura di C. Buccelli, Grafica Elettronica srl, 2013, pp. 215-225. L'autrice sottolinea come «L'obbligo morale e giuridico di curare che vincola il medico e l'obbligo di allontanare ad ogni costo la morte, contrassegni della deontologia di ascendenza ippocratica, devono necessariamente deporre la dimensione assoluta e metastorica che per secoli li ha caratterizzati. La dismissione di assolutezza, l'opzione per la “storicità” significa, per l'*ethos* medico, tenere nel debito conto, accanto al dettato deontologico e alla propria coscienza, tanto la condizione umana – che è anche “civile” e “politica” – del paziente, quanto il contesto relazionale in cui si trova a svolgersi ogni vita, sana o malata, accompagnata o meno da coscienza che sia, nonché la diversa cognizione del dolore». Ivi, p. 217.

⁸¹ Intervista a p. Christian, *infra*, pp. 444-445.

⁸² F.P. Omonzejele, *Mental health care in African traditional medicine and society: A philosophical appraisal*, in «Eubios Journal of Asian and International Bioethics», 14 (2004), pp. 165-169, ivi, p. 165 (per la versione online cfr: <http://www.eubios.info/EJ145/ej145d.htm>, trad. mia, ultima visualizzazione dicembre 2016).

Putruttavia si è detto che il predominante ruolo della comunità nelle scelte sanitarie, come quello del medico, non esclude totalmente un coinvolgimento del singolo sicché è possibile ipotizzare che, proseguendo in tale direzione, la prima potrà continuare il suo ufficio di protezione, accompagnamento e sostegno del malato, facendosi ponte tra il malato e il medico e non interlocutore primario. Dal canto suo il soggetto preposto alle cure – figura che adesso addiviene indispensabile approssimare adeguatamente – non disconoscendo il ruolo fondamentale della famiglia del malato, potrà impegnarsi nel coinvolgimento del gruppo *attraverso* il singolo, e non viceversa. Solo così si potrà prospettare un *discorso a tre voci* che non disconosca il legame ineludibile tra il malato e la famiglia e non impedisca il rapporto tra quest'ultima e il medico nell'ottica di un'etica della cura prossima alle esigenze del singolo ed al suo *benessere* inteso in senso ampio, che consenta all'*affidamento*, inteso come *fede religiosa* verso il terapeuta, di diventare *fiducia* reciproca tra le parti.

CAPITOLO SECONDO

Figure e pratiche della cura tradizionale

Dopo aver descritto l'ermeneutica della malattia all'interno del contesto culturale della tradizione beninese, è ora opportuno un approfondimento relativo alle opzioni terapeutiche che si offrono al malato e alla sua comunità di appartenenza per liberarsi da quel male che è venuto a vulnerare il gruppo identitario.

Un dato di fatto non disconoscibile è che, nel contesto indagato, il riferimento sanitario primario per la popolazione tanto rurale quanto urbana⁸³ sia quello alla cura tradizionale, prima nella forma di automedicamento⁸⁴ e, poi, di consultazione dei terapeuti afferenti al cosiddetto *folk health care system*.

Invero la Repubblica del Bénin, attraverso la ratifica di Documenti internazionali⁸⁵ e nazionali⁸⁶, riconosce espressamente il diritto alla salute, in particolare nella forma del diritto

⁸³ Cfr. H.M. Laourou, *Mortalité différentielle selon la région de résidence au Bénin*, in «Genius», LI (1995) 1-2, pp. 69-93. Lo studio mostra come, nonostante siano individuabili significative discrasie nel paese per quanto concerne la mortalità, non vi siano differenze rilevanti rispetto al primario riferimento terapeutico che è quello tradizionale.

⁸⁴ Cfr. E-M. Ouendo, M. Makoutodé, M.N. Paraiso, M. Wilmet-Dramaix, B. Dujardin, *Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé)*, in «Tropical Medicine and International Health», 10 (february 2005) 2, pp. 179-186. Lo studio mostra come la forma terapeutica dell'automedicamento sia tradizionale che moderno sia quella più diffusa in Bénin giacché anche i più indigenti si muniscono di medicinali tradizionali o farmaci moderni venduti a basso costo sulle strade o nei mercati, altamente pericolosi perché non controllati, e provano a sopperire alla condizione patologica, mentre si recano presso i centri di salute prevalentemente i non indigenti della popolazione urbana. Tuttavia lo studio è particolarmente indicativo in quanto mostra, su un campione di quasi 2000 persone che anche i non indigenti se non sono soddisfatti del trattamento moderno si rivolgono a quello tradizionale. Rispetto ai farmaci contraffatti si legge in un altro testo: «È possibile trovare degli ingredienti "tradizionali" su tutti i mercati del Bénin accanto ai farmaci moderni contraffatti importati dai paesi vicini o dall'Asia. Con la medicina tradizionale tali "medicamenti falsi" sono la sola alternativa di cura accessibile ai gruppi più vulnerabili e rappresentano un vero rischio per la loro salute. In effetti, quasi un medicamento su quattro in Africa è un farmaco falso e, inoltre, le cifre dell'OMS rilevano che il 40% dei farmaci consumati in Africa subsahariana sono medicinali falsi. Il Bénin non è escluso da tale fenomeno. Sul mercato, per la strada, è molto facile procurarsi tali medicinali falsi e tonnellate di farmaci contraffatti sono regolarmente sequestrati sulle coste dell'Africa Occidentale. Secondo Frédéric Loco, direttore della Direzione delle Farmacie, del Farmaco e delle Esplorazioni Diagnostiche del Ministero della Salute beninese "il problema dei falsi medicinali è legato alla povertà. Il farmaco venduto al mercato è due o tre volte meno caro che alcuni farmaci venduti nelle farmacie» A. Dresse- D. De Baeremaeker, *Amawato. Le marché de la santé au pays du vaudou*, CTB, Bruxelles, 2013, p. 11 (trad. mia).

⁸⁵ Sul piano internazionale, il Bénin ha aderito alle varie azioni internazionali o regionali in materia di promozione del diritto alla salute, ratificando: la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli (dicembre 1948); la Carta Africana dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli (gennaio 1986); la Convenzione relativa ai Diritti del Bambino (CDE, agosto 1990); la Convenzione sull'Eliminazione di tutte le forme di Discriminazione delle Donne (marzo 1992); la Carta Africana dei Diritti e del Benessere del Bambino (giugno 1996). Inoltre il Bénin ha aderito a tutte le decisioni e raccomandazioni africane relative alla salute come: la Dichiarazione di Dakar relativa all'epidemia di HIV in Africa (1992), la Dichiarazione di Tunisi relativa all'HIV e al bambino africano (1994); l'appello di Algeri per l'intensificazione della lotta contro l'HIV in Africa adottata dalla seconda sessione della Commissione di Lavoro e degli Affari sociali dell'OUA (Aprile 2000); l'intrapresa delle azioni di Ouagadougou per la messa in atto delle decisioni e raccomandazioni dei Capi di Stato e di Governo dell'OUA in vista del rafforzamento della lotta contro l'HIV in Africa (maggio 2000).

alla sicurezza e alla protezione sociale; difatti nel testo costituzionale all'art. 8 si legge: «la persona umana è inviolabile. Lo Stato ha l'obbligo di rispettarla e proteggerla. Esso le garantisce un pieno sviluppo. A tale scopo, assicura ai suoi cittadini l'uguale accesso alla salute, all'educazione, alla cultura, all'informazione, alla formazione professionale e all'impiego»⁸⁷. Purtuttavia è ben noto che tale proponimento statutale si scontra con l'evidenza di una realtà altamente problematica ove l'accesso effettivo alle cure è estremamente limitato, compromesso da un sistema sanitario che unisce enormi carenze economiche⁸⁸ a un sistema di gestione radicato a logiche di corruzione e disorganizzazione ancora insuperate. «La protezione sanitaria, in ragione di una sicurezza sociale molto restrittiva, interessa solo un'infinitesimale parte dei cittadini (dell'ordine del 15%): coloro che, con un lavoro salariato e una remunerazione minima, corrispondono al salario minimo, contribuiscono al piano dei funzionari o alla Cassa di sicurezza sociale (che governano i dipendenti del settore privato o con contratto privato) e beneficiano pertanto di una protezione sanitaria stabilita dal legislatore e a carico sia dello Stato che dei datori di lavoro»⁸⁹.

La questione si pone rispetto al restante 85% della popolazione a cui non è garantita alcuna protezione sanitaria.

Per provare a perimetrare il dilemma che involve il popolo beninese bisogna anzitutto chiarire che la *salute* non è un concetto assoluto né un'idea statica. La sua percezione muta a seconda dei contesti e delle epoche in quanto riflette le circostanze culturali, sociali ed economiche entro cui viene intesa. La definizione invalsa di salute è quella formulata dall'OMS in cui si adduce che «la salute è uno stato completo di benessere fisico, mentale e

⁸⁶ République du Bénin, Ministère de la Santé Publique, *Plan national de Développement Sanitaire 2009-2018*, 1 septembre 2009 : <http://www.sante.gouv.bj/documents/PNDS.pdf> (ultima visualizzazione dicembre 2016).

⁸⁷ République du Bénin, Haute Court de Justice, *Loi n° 90-32 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin*: per la versione online <http://www.hcj-benin.org/?page=article&index=1> (ultima visualizzazione dicembre 2016, trad. mia). E stata consultata anche una versione cartacea che raccoglie le seguenti carte: *Constitution de la République du Bénin*; *Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples* e *Declaration Universelle des droits de l'homme*, Editions Rogav, 2015.

⁸⁸ «Poiché l'Africa continua a dipendere fortemente dai finanziamenti esterni per la salute, specialmente quando si tratta di prevenire e curare l'HIV, la crisi finanziaria globale in corso difficilmente potrebbe avere risvolti positivi (...). Inoltre, come i lavori dell'*Economist* (2012), Othieno (2009) e Willem te Velde (2008) mostrano ODA, investimenti diretti esteri e assistenza sanitaria esterna a molti paesi africani – in particolare la Repubblica democratica del Congo, il Benin, la Liberia e il Lesotho – hanno conosciuto un'intensa pressione a partire dalla crisi finanziaria globale» J. Menash, *The Global Financial Crisis and Access to Health Care in Africa*, in «Africa Today», 60 (spring 2014) 3, pp. 35-54, ivi, p. 45 (trad. mia).

⁸⁹ R. Sainhoude Koukpo, *Le droit de la santé au Bénin : était des lieux*, in Réseau des chercheurs de l'Agence Universitaire de la Francophonie «Droit de la Santé», Animation régionale de Dakar, *Le droit à la santé en Afrique. Actes du Colloque International de Dakar (29 mars- 1 avril 2005)*, Dakar, 2008, pp. 14-27, ivi, p. 14 (trad. mia): <http://www.rag.sn/sites/rds.refer.sn/IMG/pdf/ANIMATIONTOUTCOUV2OK.pdf> (ultima visualizzazione dicembre 2016). L'autrice fa riferimento al *Rapport social 1997/1998 MCAG-PDE*.

sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o di infermità»⁹⁰. Ciò in qualche modo, in un contesto in cui è preponderante l'influenza dei valori tradizionali, si dispone ad una considerazione della malattia afferente all'universo delle credenze culturali e, unitamente alle difficoltà del sistema sanitario ufficiale⁹¹, incoraggia il consolidamento delle cure di tipo tradizionale.

Difatti il sistema di cure tradizionale parrebbe essere una risposta più completa ai bisogni di cura dei malati, giacché, oltre alla sua maggiore diffusione sul territorio e alla sua più sostenibile accessibilità economica, risponde alla logica biologico-spirituale contestuale, riuscendo, così, a rispecchiare la mentalità beninese molto di più dell'approccio razionale della medicina moderna⁹². Proprio per questo si ritiene che la medicina tradizionale arrivi lì dove quella moderna, di cui pur si riconosce una maggiore sicurezza ed efficacia, non riesce. Ciò spiega perché la medicina tradizionale non solo può dirsi il riferimento terapeutico primario, ma anche quello estremo nella misura in cui, soprattutto in casi di patologie croniche, i malati si affidano ad essa non avendo trovato riscontro in quella razionale⁹³. Complessivamente si può sostenere che la medicina tradizionale rappresenta un riferimento necessario per il malato beninese: difatti, quand'anche questi dovesse rivolgersi alla medicina moderna, continuerà a servirsi celatamente degli uffici della tradizione⁹⁴.

Prescindendo, dunque, dalle motivazioni di ordine economico, tra le ragioni che orientano i malati verso l'itinerario terapeutico dei guaritori tradizionali va considerato che questi si dispongono ad un accompagnamento psicologico non sottostimabile di cui è priva l'offerta sanitaria ufficiale.

⁹⁰ OMS, *Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità*, 1946: <http://www.who.int/about/mission/fr/> per una traduzione italiana del documento cfr. <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (ultima visualizzazione dicembre 2016).

⁹¹ «Al di fuori dell'influenza dei valori sociali, si può notare che la debole frequentazione delle formazioni sanitarie è dovuta a delle cause diverse da quella culturale. Tale frequentazione era del 19,1% per tutto il Bénin nel 1991. Le ragioni evocate per spiegare tale disaffezione erano state ascritte all'accessibilità finanziaria, geografica, alla cattiva accoglienza e alla qualità delle cure. Attualmente, con una copertura di infrastrutture dell'80%, l'accessibilità geografica può essere considerata accettabile. L'accessibilità finanziaria e la cattiva accoglienza rappresentano le due cause principali della debole frequentazione delle formazioni sanitarie». R. Sainhoude Koukpo, *Le droit de la santé au Bénin : état des lieux*, cit., p. 23 (trad. mia).

⁹² Su ciò cfr. C. Anyinam, *Availability, accessibility, acceptability and adaptability: four attributes of african ethnomedicine*, in *Social Science and Medicine*, XXV (1987) 7, pp. 803-811.

⁹³ È molto difficile per un malato beninese intendere il senso della cronicità della malattia: per la credenza locale il male è una punizione temporanea e riparabile, pertanto «è probabile che il traditerapeuta sia ricercato prioritariamente dai malati cronici, per i quali altri tipi di cure si sono rivelati inefficaci». E. Gomes do Espirito Santo- B. Floury- M. Cissé, *Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou (Bénin)*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 76 (1998) 2, pp. 195-201, ivi, p. 200 (trad. mia).

⁹⁴ Molti, infatti, «consultano sia i guaritori tradizionali che i professionisti della biomedicina per la medesima patologia: mentre il terapeuta tradizionale è consultato per diagnosticare la *causa personale* della malattia (ad esempio il sortilegio) o per *prevenire* il ritorno della malattia (ad esempio attraverso l'esecuzione di un rituale), il medico occidentale è consultato per la cura che *tratta* la malattia *sintomatologicamente*» A.C. van Dyk, *Why me and not my neighbour?*, cit., p. 5 (trad. mia).

«Quando un paziente si presenta presso un traditerapeuta, quegli gli accorda un tempo di ascolto abbastanza lungo per esporre i propri problemi di salute, la sua relazione con i membri della famiglia e con le altre persone della società. Per contro, il medico del settore moderno ascolta molto poco il suo paziente. Nel settore moderno, ogni medico, avendo una proprio campo di specializzazione, cura il malato solo in relazione all'aspetto di sua competenza, lasciando il paziente gestire da solo le sue angosce e le sue inquietudini relative alla società e alla famiglia. L'accoglienza riservata dai traditerapeuti è dunque una delle ragioni che continuano a spingere alcuni malati verso di loro. Il traditerapeuta riveste il ruolo di psicologo, anche se non ha sempre le competenze richieste per curare le persone che vengono a consultarlo. La presa in carico psicologica è importante nel trattamento di ogni malattia. Al contrario, nella medicina moderna, il paziente è costretto a consultare più specialisti, il che aumenta la spesa di consultazione e, di conseguenza del trattamento»⁹⁵.

Inoltre, come accennato, la medicina moderna afferisce ad un sistema sanitario che «perde progressivamente la sua credibilità»: «in effetti, le lunghe attese, una cattiva accoglienza, racket, clientelismo etc. minano il sistema sanitario del Bénin. È dunque possibile concludere che tali situazioni provocano una reticenza dei malati a rivolgersi ai centri di salute»⁹⁶. Il cattivo funzionamento del sistema sanitario dal punto di vista dei comportamenti del personale di salute, delle strutture, del contesto economico, politico ed amministrativo, cui si aggiunge una corruzione molto diffusa nella maggior parte dei paesi della regione africana occidentale, rende ancor più proibitivo l'accesso ai centri di salute pubblica soprattutto ai più bisognosi⁹⁷.

A ben vedere, infatti, ormai sono anni che le riforme del sistema sanitario si succedono, ma l'insoddisfazione persiste, il che fa pensare che «la gran parte dei problemi venga proprio dall'offerta pubblica di salute». Per lungo tempo, infatti, le responsabilità della condizione sanitaria sono state ascritte ai problemi economici⁹⁸ o ai comportamenti delle popolazioni che, per attendere alle credenze culturali tradizionali e religiose, preferivano ricorrere alle cure tradizionali, tuttavia questi sono solo aspetti parziali: un peso non sottostimabile va ascritto anche alla «cattiva qualità delle cure dispensate nelle strutture pubbliche» che mettono capo ad una medicina massimamente *inospitale*⁹⁹.

⁹⁵ R. Sainhoude Koukpo, *Le droit de la santé au Bénin : était des lieux*, cit., p. 23 (trad. mia).

⁹⁶ E.-M. Ouendo- M. Makoutodé- M.N. Paraiso- M. Wilmet-Dramaix- B. Dujardin, *Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé)*, cit., p. 185 (trad. mia)

⁹⁷ G. Blundo- J.-P. Olivier de Sardan, *La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest*, in «Politique Africaine», 83 (2001), pp. 8-37.

⁹⁸ Cfr. Th. Zohoun - J. Flenon, *La médecine traditionnelle et la pharmacopée africaines peuvent-elles constituer une alternative de soins face aux coûts prohibitifs actuels de la médecine moderne?*, in «Pharm. Méd Trad. Afr.», (1997) 9, pp. 3-16.

⁹⁹ L'espressione si riferisce al titolo del volume Y. Jaffré- J.-P. Olivier de Sardan (eds.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, 2003. Per le citazioni: ivi, p. 10 (trad. mia). Le difficoltà relazionali che si vengono a creare tra i

In effetti le popolazioni generalmente non rifiutano di ricorrere alla filiera moderna delle cure, come testimonia il successo di piccoli uffici sanitari privati solitamente tenuti da infermieri¹⁰⁰ o la vendita illegale di medicinali moderni: «in realtà i membri della comunità riconoscono l'efficacia delle cure dei centri di salute, ma i problemi economici, le pressioni sociali e culturali e le *defaillance* rilevate al livello del sistema sanitario del Bénin determinano che i malati preferiscono l'automedicazione o il guaritore tradizionale»¹⁰¹.

Per i malati l'unica alternativa per avere accesso alla medicina moderna, aggirando le asperità del sistema sanitario, è il ricorso alle strutture religiose¹⁰² o di volontari¹⁰³ che, però, per quanto siano diffuse capillarmente sul territorio, non riescono a supplire al sistema ufficiale.

«I centri confessionali cristiani o musulmani conoscono un reale successo nelle metropoli dell'Africa occidentale. Ricoprono un ruolo che dovrebbero avere le strutture pubbliche o comunitarie di cure primarie: accogliere i malati poveri. Esiste infatti una grande diversità tra i centri di salute confessionali. Se i costi delle azioni e la qualità delle prestazioni variano da un centro all'altro, nel complesso, offrono cure primarie ad un costo moderato. Sono scelti anche per la loro prossimità. Le regole di funzionamento sono chiare. Gli orari sono seguiti, le tariffe, l'ordine di arrivo dei malati sono meglio rispettati che nel settore pubblico (...). A volte la

pazienti e il personale, insoddisfatto dei compensi e del sistema di lavoro, determinano «una medicina non centrata sul paziente» (*non patient centered medicine*) altrimenti detto un universo medico in cui il paziente non è considerato come persona e dove, addirittura, appare piuttosto come un disturbatore». Quest'ultimo spesso è abitato da un «sentimento di umiliazione ben evidente. Per i paziente ordinari l'universo medico moderno è non solo traumatico a causa della malattia, ma anche a causa dell'attitudine indifferente o arrogante del personale sanitario», quando non violento che spesso viene aggirato con delle forme di corruzione. «È divenuto estremamente frequente che un malato (o i suoi accompagnatori) donino ai medici del servizio pubblico un "regalo" (in contesti urbani spesso si tratta di denaro) come "ringraziamento" per le cure. Il personale non intende questi gesti come una pratica illecita o illegittima. Per loro si tratta di gratitudine». Ivi, pp. 54-55 e 61 (trad. mia).

¹⁰⁰ Nella città di Cotonou «da ormai qualche anno, si osserva una proliferazione rapida ed anarchica del settore privato, con l'installazione di studi (*cabinets*) tenuti da medici, infermieri o personale paramedico»: dal confronto con gli ospedali pubblici si «rivela una maggiore frequentazione delle cliniche e degli studi privati, a detrimento dei centri di salute pubblici (...). A Cotonou, questo fenomeno sembra essere legato da una parte al numero e alla localizzazione delle cliniche e degli studi privati e, d'altra parte all'accoglienza e alla durata attesa per avere una consultazione che è più lunga nel settore pubblico. Il costo delle consultazioni ha un ruolo importante nella decisione terapeutica. Il prezzo che le persone sono pronte a pagare varia con l'età dei pazienti, la loro patologia, e il tipo di cure richieste (...). Una popolazione meglio istruita, composta da impiegati, funzionari e soggetti con un lavoro fisso, che devono andare a lavoro e non vogliono fare grandi spostamenti, è disposta a pagare il costo delle consultazioni in una clinica privata per avere una migliore qualità delle cure (...). Con "qualità" bisogna intendere: migliore accoglienza, nessuna attesa, prossimità al domicilio, efficacia del trattamento». E. Gomes do Espirito Santo- B. Floury- M. Cissé, *Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou (Bénin)*, cit., pp. 195, 199-200 (trad. mia).

¹⁰¹ E.-M. Ouendo, M. Makoutodé, M.N. Paraiso, M. Wilmet-Dramaix- B. Dujardin, *Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé)*, cit., p. 185 (trad. mia).

¹⁰² Cfr. A.T. Andreasen, *Christian medical practice in Africa*, The Africa Centre Ltd. The Sword of the Spirit, Hinsley House, London, 1964.

¹⁰³ Cfr. R. Brauman (a cura di), *Utopies sanitaires*, Le Pommier, Département des éditions Fayard, 2000; tr. it., *Utopie sanitarie. Umanità e disumanità della medicina*, tr. it. di M. Schianchi, Feltrinelli, Milano, 2002; L. Atlani-Duault, *Per il bene degli altri. Antropologia dell'aiuto umanitario*, pref. di J.-P. Dozon, Liguori, Napoli, 2015.

disponibilità dei medicinali specialistici – ottenuti come beneficenza –, venduti a prezzi nettamente meno elevati rispetto alle farmacie private, cresce l'attrattiva di tali dispensari che, pertanto, si integrano nel sistema di cure primarie. Ma le interruzioni nell'approvvigionamento di tali medicinali rappresentano una difficoltà per i poveri affetti da malattie croniche»¹⁰⁴.

Anche nei centri religiosi, infatti, si paga: talvolta cifre irrisorie che non ledono la vita del malato né la sua dignità nella misura in cui tengono distinto l'aiuto caritativo dall'elargizione elemosinistica¹⁰⁵; del resto, come detto, ciò che direziona la scelta del malato non è solo il fattore economico bensì soprattutto la dimensione *qualitativa* dell'offerta di cura.

Difatti, a ben vedere, il costo dei guaritori non è certo limitato: dipende dalla malattia trattata, dal rapporto con il malato e dalla durata della cura. Sovente si tratta di una corresponsione di beni che, seppur significativa, resta preferita nella misura in cui avviene tra membri dello stesso gruppo. Accade, infatti, che nella maggior parte dei casi che il terapeuta sia un parente o familiare, il che nuovamente riprova che quella figura più di ogni altra riesca a riflettere l'orizzonte di significato dei malati: «i malati e le loro famiglie condividono con i guaritori la nosologia, l'eziologia delle malattie, una particolare conoscenza delle piante medicinali, e la credenza nell'efficacia dei trattamenti. Essi ritengono che l'azione delle piante medicinali sia più lenta, ma più efficace rispetto a quella dei medicinali industriali», pertanto «nel complesso si considerano soddisfatti del trattamento del guaritore, anche se la guarigione non è completa»¹⁰⁶.

La medicina tradizionale, dunque, favorisce il ripristino della salute come benessere inteso in senso ampio del malato, tuttavia proprio il suo rispondere dell'aspetto fisico, psicologico e spirituale in una maniera che, in virtù della natura stessa di quel sapere, non può dirsi rigorosa, si espone al rischio di compromettere la salute del malato che sinora si è detto favorire. Difatti oltre alle strutturali carenze a livello diagnostico e di monitoraggio del decorso della malattia come alle incertezze relative ai dosaggi dei medicinali somministrati, la medicina tradizionale si connota per una pluralità di figure non sempre attendibili che, ambendo al riconoscimento ed al prestigio sociale che quella ascrive ai depositari dei poteri

¹⁰⁴ Y. Jaffré- J.-P. Olivier de Sardan (eds.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, cit., pp. 193-194 (trad. mia).

¹⁰⁵ Scrive il prof. E. Di Salvo rispetto all'Ospedale di Gbemontin, a Zagnanado: «Ognuno versa un obolo pari a poche decine di euro a prescindere dalla rilevanza, complessità, durata ed impegno finanziario del trattamento. Una cifra che non serve a sostenere realmente l'Ospedale, se non in misura irrisoria, ma dà al paziente povero il senso di contribuire, di non mendicare, di aiutare se stesso ed altri come lui». Cfr. E. Di Salvo, *Gbemontin. La vita ritrovata*, cit., p. 102. Bisogna comunque tener conto che in non tutti gli ospedali religiosi i costi delle cure sono tanto simbolici.

¹⁰⁶ Y. Jaffré- J.-P. Olivier de Sardan (eds.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, cit., pp. 190-191 (trad. mia).

taumaturgici, millantano saperi insicuri approfittando della vulnerabilità del malato e del suo gruppo.

1. Guerisseurs e Feticheurs: prospettive del folk health care system

Con l'espressione medicina tradizionale o cosiddetto *folk health care system*, l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1976 indica «l'insieme di tutte le conoscenze, l'utilizzo di sostanze, di misure e di pratiche spiegabili e non, basate sulle fondamenta socio-culturali e religiose di una specifica comunità, che si appoggiano esclusivamente sulle esperienze vissute e le osservazioni trasmesse di generazione in generazione, oralmente e per iscritto, ed utilizzate per diagnosticare, prevenire o eliminare uno squilibrio del benessere fisico, mentale e sociale»¹⁰⁷. In seguito, nel 2000, l'OMS chiarirà che con medicina tradizionale si intende «la somma delle conoscenze, delle competenze e delle pratiche basate sulle teorie, credenze ed esperienze indigene di diverse culture, siano esse spiegabili o meno, utilizzate nel mantenimento della salute, nonché nella prevenzione, diagnosi, miglioramento o trattamento di malattie fisiche e mentali. I termini medicina complementare/alternativa/non convenzionale sono utilizzati in modo intercambiabile con la medicina tradizionale in alcuni paesi»¹⁰⁸.

A questa definizione nel 2002 farà seguito un'altra in cui si rimarca il valore della dimensione religioso-spirituale¹⁰⁹, in quanto le prime non sembravano riuscire a rendere conto di tale importante aspetto della questione. Difatti è noto che le pratiche terapeutiche tradizionali rappresentano l'insieme di conoscenze sorte a partire dall'esperienza, dall'osservazione e dall'inferenza razionale che nel corso della storia l'uomo ha definito per cercare di porre rimedio alle proprie sofferenze a partite dal proprio habitat, ma è vero del pari

¹⁰⁷ OMS, *African traditional medicine Report of the Regional Committee*, Afro Technical report series n. 1, 1976, pp. 3-4, citato in OMS, *The promotion and the development of traditional medicine*, Geneva, 1978: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s7147e/s7147e.pdf> (ultima visualizzazione dicembre 2016). Cfr. The African Health Monitor, *African Traditional Medicine Day, 31 August*, WHO-AFRO, 2010: <http://ahm.afro.who.int/special-issue14/ahm-special-issue-14.pdf> (ultima visualizzazione dicembre 2016).

¹⁰⁸ OMS, *General Guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*, Geneva, 2000, p. 1: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/> (ultima visualizzazione dicembre 2016, trad. mia). Nel 2004 l'OMS chiarirà che «La medicina complementare e alternativa si riferisce a un vasto insieme di pratiche di assistenza sanitaria che non fanno parte della tradizione propria di un paese e non sono integrate nel sistema sanitario dominante. Tra gli altri termini usati per descrivere queste pratiche di assistenza sanitaria: "medicina naturale", "medicina non convenzionale" e "medicina olistica"» OMS, *Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*, January 2004: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5525e/> (ultima visualizzazione dicembre 2016, trad. mia).

¹⁰⁹ OMS, *Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005*, Geneva: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2298f/s2298f.pdf> (ultima visualizzazione dicembre 2016, trad. mia)

che esse sono sempre state accompagnate alla dimensione spirituale e religiosa, prima della svolta razionale del moderno¹¹⁰.

In Bénin, Paese in cui l'80% della popolazione si rivolge alla medicina tradizionale¹¹¹ per le anzidette ragioni di una limitata disponibilità e/o accessibilità ai servizi sanitari ufficiali, della sua radicata presenza sul territorio, del suo costo accessibile, della sua prossimità alla mentalità popolare, la cultura medica tradizionale unisce l'utilizzo di medicinali, solitamente a base di piante, alla dimensione rituale metafisico-religiosa, spesso afferente all'universo semantico del Vodun¹¹².

Preposto all'oneroso, ma prestigioso compito di ripristinare l'armonia tra l'uomo e le forze sociali e metafisiche del proprio ambiente, la cui interruzione ha determinato lo stato patologico, è il *terapeuta o guaritore tradizionale* (o traditerapeuta). Come riportato dall'OMS nel 2013 «il rapporto tra guaritori tradizionali e popolazione in Africa è di 1 a 500, mentre il rapporto tra medici convenzionali e popolazione è di 1 a 40.000. Quindi nelle zone rurali i guaritori autoctoni rimangono l'unica fonte di assistenza per milioni di persone»¹¹³. Rispetto al Bénin, il rapporto è di «circa un professionista della medicina tradizionale per 800 abitanti, contro un medico per 10.000 abitanti»¹¹⁴: «oggi esistono circa 7.500 terapeuti della medicina tradizionale (Praticien de la Médecine Traditionnelle - PMT) ripartiti su tutto il territorio nazionale»¹¹⁵. Dunque, i medici non sono molti e si trovano prevalentemente nelle zone urbane, il che li rende ancor più distanti dalle popolazioni rurali, mentre è difficile che in una comunità non vi siano depositari del sapere terapeutico che viene trasmesso mediante:

«l'apprendimento: attraverso i riti di iniziazione nei conventi vodun sull'uso delle piante (a partire da 7 anni); l'accompagnamento (di padre in figlio): attraverso la scelta dell'allievo che dipende dal suo temperamento e dalle sue capacità cognitive. La formazione attraverso l'accompagnamento e l'approccio dura 7, 10 o 18 anni con lo stesso formatore, e a volte con la possibilità di seguire la

¹¹⁰ D. Traoré, *Médecine et magie africaines: ou comment le noir se soigne-t-il?*, Présence africaine, Paris, 1983.

¹¹¹ OMS, *Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005*, cit. ma anche République du Bénin, Ministère de la sante, Direction des Pharmacies et du Médicament, PNPMT, *La Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle au Bénin : état des lieux et perspectives*, Juin 2009, p. 5.

¹¹² Cfr su ciò: M. Lospinoso, *Maghi e medici di un paese africano (Senegal)*, Mondini-Siccardi, Genova, 1978; R. Omais, *Culture et tradition au Bénin : Le guèlédé, le vodoun et les femmes dans la santé, l'économie et la culture*, Ed. Sépia, Abidjan (Fondation Atef Omais, New York) UNFPA, 2011.

¹¹³ OMS, *WHO Traditional medicine strategy 2014-2023*, 2013, trad. it. *Strategia dell'OMS per la medicina tradizionale 2014-2023*, Edizioni Paracelso, 2014, p. 27. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/14/9789241506090_ita.pdf?ua=1 (ultima visualizzazione novembre 2016)

¹¹⁴ République du Bénin, Ministère de la santé, Programme national de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles (PNPMT), *Manuel d'initiation des professionnels de la santé aux systèmes d'éducation et de transmission du savoir en Médecine Traditionnelle au Bénin*, Cotonou, Janvier 2011, p. 22 (trad. mia, d'ora in poi solo *Manuel d'initiation des professionnels de la santé*).

¹¹⁵ Ivi, p. 9.

formazione presso un altro maestro. A 40 anni l'allievo è liberato; lo scambio di ricette tra *praticiens* della medicina tradizionale»¹¹⁶

Tali *praticiens* della medicina tradizionale, come anticipato, non si limitano ai sintomi fisici del malessere, ma cercano le cause nel contesto del mondo invisibile discernendo le malattie *naturali* da quelle *provocate* o *spirituali*, sicché per indagare queste ultime ricorrono sovente alla *divinazione*.

«La diagnosi tradizionale è ad un tempo un'arte e un metodo di scoperta delle cause e del significato della malattia. Il processo diagnostico cerca la risposta a tali due quesiti: come è sopraggiunta la malattia (in relazione alle cause naturali) e perché si manifesta (motivazioni celantesi dietro la causa). La diagnosi è così formulata dopo aver combinato le informazioni provenienti dall'osservazione del malato, l'ascolto del punto di vista del paziente e la divinazione. L'osservazione implica la necessità di rilevare i sintomi visibili, come problemi alla vista, agitazione, assenza di concentrazione, cambiamenti nella voce, etc. È attribuita una grande importanza ai sintomi fisici: il malato racconta i suoi sintomi, spiega come la malattia si è sviluppata e tutti i passi compiuti per guarire. Se necessario, vengono richieste anche le impressioni degli altri membri della famiglia rispetto alla malattia. Tale tecnica richiede delle competenze di ascolto attento, bisogna far mettere a proprio agio il malato per farlo parlare. Infine la divinazione implica la telepatia (chiaroveggenza), il sogno e la visione. La visione può essere eseguita in ogni momento, di giorno come di notte»¹¹⁷.

Al momento diagnostico segue quello del trattamento tradizionale il quale implica sia la cura che la protezione e la prevenzione della salute. Il trattamento dipende dalla diagnosi, è specifico per ogni malattia e individualizzato per la persona, oltre ad essere adattabile ai cambiamenti giornalieri dello stato di salute del malato, pertanto richiede monitoraggio adeguato e continuo dei cambiamenti sopravvenuti nei sintomi o nelle condizioni psicologiche del malato, dal che si inferisce che esso contempla una varietà di procedure, metodi e medicinali che si combinano per alleviare il malato a seconda del tipo di diagnosi.

Il trattamento può essere sia *naturale* che *rituale*, ma uno degli elementi in comune della maggior parte dei traditerapeuti è la conoscenza delle piante medicinali¹¹⁸, difatti la

¹¹⁶ Ivi, p. 33. Altri guaritori sono iniziati all'arte terapeutica da una rivelazione degli antenati o delle divinità che solitamente si manifesta durante il sonno. «È da distinguere una vocazione straordinaria (o spontanea) e una ordinaria (o artificialmente prodotta) dello stregone. La prima si manifesta per tempo nella giovinezza e ha per segno il fatto che il ragazzo durante il sonno, o anche durante la giornata, canta frequentemente, Il ragazzo mostra di immergersi spesso in una condizione psichica di dormiveglia, e durante questo stato ha l'abitudine di cantare. Nella vocazione ordinaria, invece, l'aspirante cerca di porsi, con sforzi di volontà, in rapporto con lo spirito di uno stregone morto, con lui imparentato». E. De Martino, *Il Mondo Magico*, cit., p. 63. Cfr. Anche interviste al guaritore: «I- Posso dire di aver ereditato tale capacità, perché mio nonno, che non ho conosciuto, si occupava delle guarigioni; io una notte mi sono svegliato e ho cominciato a fare delle pratiche; non sono mai andato ad apprendere il mio mestiere da nessuno prima di diventare guaritore. Avevo 15 anni». *Infra*, p. 480.

¹¹⁷ *Manuel d'initiation des professionnels de la santé*, cit., p. 30.

¹¹⁸ La medicina tradizionale si avvale, dunque, prevalentemente dell'utilizzo di piante e medicinali erborei per la cura delle malattie, nel Nord del Bénin, ad esempio: «quasi tutti i *boro-te* conoscono l'arte di curare con le erbe. Non è raro infatti vederli errare solitari lungo i pendii delle colline o tornare al villaggio con le loro

maggior parte dei medicinali di comporre di piante – il che approssima in qualche modo tali cure ai medicinali moderni, molti dei quali a base di molecole vegetali –, ma anche di materiale inorganico (calcio, sale, perle, oggetti metallici o in terra cotta, legno) e animale (pelli, ossa di animale secchi o vivi come rettili, uccelli, insetti che servono ai guaritori per comporre rimedi e rituali)¹¹⁹. Tali medicinali possono essere realizzati in forme differenti: polvere, liquido o estratto solido, tisana, infusione, pomata, etc. Solitamente la somministrazione dei medicinali avviene per via orale, dermica, nasale, vaginale, auricolare, oftalmica. Non poche incertezze si profilano a causa di dosaggi, insicuri e determinati prevalentemente sulla base dell'età, del peso del malato e modificati in base al decorso della malattia.

Tra i metodi osservati dei trattamenti dei traditerapeuti, i quali si avvalgono di una strumentazione tecnica molto essenziale¹²⁰, vi sono: l'immersione¹²¹, l'incisione¹²², l'alimentazione¹²³, trattamenti emetici¹²⁴, la preghiera¹²⁵, il riposo, l'inalazione di fumi¹²⁶, la vaporizzazione¹²⁷, la danza, il tabacco¹²⁸, i sacrifici agli antenati¹²⁹, etc.

calebasses piene di piante raccolte nei boschi, che custodiranno nelle loro abitazioni. Anche i sacerdoti della terra vivono del loro lavoro nei campi e non godono di privilegi particolari, anche se le loro “entrate” vengono arrotondate con i doni di coloro i quali si sottopongono alle loro cure e con la carne degli animali uccisi durante i sacrifici. Non esiste un pagamento codificato per le prestazioni in caso di malattia, ma il beneficiario spesso porta un dono al curatore. In ogni caso gli animali sacrificati per la cura (generalmente galli) vengono poi consumati dal guaritore e dai suoi assistenti. Di loro la gente dice che sono i più ricchi del villaggio (...). La carica di *boro-te* si trasmette di padre in figlio (...). Non esiste alcun diritto di primogenitura, è il consiglio dei *boro-te* a scegliere colui che viene reputato più adatto a svolgere il ruolo» M. Aime, *Il mercato e la collina. Il sistema politico dei Tangba (Taneka) del Benin settentrionale: passato e presente*, cit, pp. 171-172. Sulle popolazioni del nord del Bénin si veda anche: P. Mercier, *Tradition, changement, histoire. Les Somba du Dahomey septentrional*, Anthropos, Parigi, 1968.

¹¹⁹ Cfr. A. Kpatchavi, *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest*, UAD, Cotonou, 2011.

¹²⁰ L'apparato tecnico del guaritore tradizionale si compone generalmente di «il canarino: per la preparazione dei medicinali e gli incantesimi; il mortaio, il pestello o la mola: per la riduzione delle materie prime in parti più fini; il setaccio: per ottenere una polvere più fina e per filtrare i liquidi; il coltello, ascia o taglierino per tagliare; le lame e cocci di bottiglia: per operare delle scarificazioni a titolo preventivo (vaccini) e curativo (rimedi); la ciotola, il corno di animale o la bottiglia: per conservare le preparazioni tradizionali; gli oli vegetali e animali, per le preparazioni, le unzioni e i massaggi; le bevande (alcool, bevande zuccherate ed acqua): per la preparazione e le liberazioni. L'alcool serve a estrarre i principi attivi che si dissolvono e per conservare; la cola: per le preparazioni (carica magnetica, potenziante, afrodisiaca ed energetica) e le divinazioni (associato al Fâ per confermare o meno una diagnosi); un cappello divinatorio, le conchiglie, il bondruc, il caolino o il vassoio del Fâ: per la diagnosi divinatoria. Tali oggetti servono a decodificare il messaggio diagnostico del Fâ; il pepe di Guinea: per la vasodilatazione; altri oggetti: bicchiere per bere, anello, fischietto, tabacco, potassio, filo, argilla, corda, animali per sacrifici, uova, rappresentazioni del vodun, sapone, conchiglie di mollusco, acqua di mare, ossa di animali, cereali, strumenti, tam-tam, specchio, miele, etc.» Ivi, p. 34.

¹²¹ Con il termine bagno o immersione (*baignade*) si intende la procedura che consente l'applicazione locale del medicamento attraverso i pori al fine di stimolare, fortificare, sedare o guarire il corpo. Spesso è utilizzata una miscelazione di piante battericide per trattare i problemi di pelle, per “lavare” la cattiva fortuna e liberare gli spiriti cattivi. *Manuel d'initiation des professionnels de la santé*, cit., p. 31.

¹²² Le incisioni costituiscono il modo di iniezione tradizionale dei medicinali. Sono, infatti, utilizzate per introdurre direttamente il medicamento nella circolazione sanguigna e hanno un effetto assimilabile all'iniezione ipodermica. Ibidem.

¹²³ Una buona alimentazione è utilizzata per aiutare il malato a recuperare ed assicurarsi che guadagni energie e forza. Dei consigli sono dati anche rispetto ai nutrimenti da consumare o evitare (cd. *interdits alimentaires*) durante la medicazione con lo scopo di prevenire l'interazione tra cibo e medicamento. Ibidem.

Le procedure di trattamento variano anche in base ai guaritori, i quali accrescono la loro notorietà ritagliandosi precipui campi di competenza e specialità per le cure di alcune patologie. Tuttavia, a ben vedere, «la considerazione sociale accordata ad un terapeuta della medicina tradizionale si basa sulla padronanza dei tre domini di tale medicina: le piante medicinali, la divinazione e l'espiazione del male attraverso i rituali religiosi»¹³⁰.

Difatti un ruolo molto rilevante nella cura tradizionale lo ricoprono la geomanzia divinatoria, cioè la tecnica di consultazione del Fâ¹³¹, il misticismo e i rituali, fondamentali soprattutto se la malattia ha un'origine spirituale, il che vuol dire che non potrà essere trattata dalla medicina moderna, ma che necessiterà di interventi sovranaturali o magici. I rituali sono, infatti, al centro della guarigione spirituale: sia i rituali invisibili, come la raccolta delle

¹²⁴ Si tratta di indurre il vomito per pulire il corpo in caso di avvelenamento o di penetrazione di corpi estranei. Ibidem.

¹²⁵ Nella maggior parte dei casi rivolte agli antenati, le preghiere hanno un ruolo a livello psicosociale e possono rinforzare il trattamento in caso dei culti rituali o delle malattie legate agli antenati, la protezione e la fortuna. Ibidem.

¹²⁶ È utilizzata per favorire la penetrazione rapida dei medicinali nella circolazione sanguigna ed ha un effetto immediato sul cervello. È anche utilizzata a livello psicosociale per la protezione contro gli spiriti malvagi, il trattamento del mal di testa e la fortuna, o per comunicare con gli antenati. Ibidem.

¹²⁷ Serve all'applicazione topica del medicamento che passa attraverso i pori della pelle per stimolare, fortificare o sedare. È più efficace dell'immersione per le più calde temperature. Ibidem.

¹²⁸ Si tratta di una polverizzazione di piante o di una miscela di piante per pulire il muco in eccesso e aprire i vasi sanguigni. Il tabacco è utilizzato in caso di mal di testa, di sinusite, etc. Ibidem.

¹²⁹ Sono utilizzati a livello psicosociale per rafforzare il trattamento medico in una varietà di situazioni. Può essere fatto per guarire la malattia causata dagli antenati, per domandare protezione, fortuna o aiuto da essi, e ringraziarli per una ricchezza. Ibidem.

¹³⁰ Ivi, p. 33.

¹³¹ «La geomanzia è una tecnica di divinazione che consiste nel decifrare dei segni che formano un sistema semi-matematico e coloro che sono in grado di consultarla sono dei tradipratici capaci di leggere i segni in diversi supporti (conchiglie, acqua, sabbia, o specchio ad esempio). Uno degli oracoli più antichi e diffusi in Bénin è il Fâ, giunto in Bénin nel XVIII secolo dalla Nigeria, molto amato alla corte del reame di Danhomè al XIX secolo, ma le cui origini risalgono alla Mesopotamia. Il Fâ è il portavoce di tutte le divinità e indica il cammino dal quale un uomo non deve deviare, altrimenti la sua vita oscillerà nello squilibrio; è consultato in ogni momento importante della vita di un uomo. Esso dà a coloro che sono in grado di decifrare l'oracolo una posizione di forza. Lo strumento più importante di colui che consulta il Fâ – detto Bokonon – è il suo “chapelet del Fâ”, ma anche conchiglie o altri oggetti possono essere utilizzati. Al fine di consultare il Fâ, il Bokonon lancia a terra una catena composta da 8 metà di noci o di mele essiccate, legate al centro da una catena, con quattro noci pendenti da ogni lato. Egli ripete l'operazione più volte e, secondo il senso nel quale cadono gli oggetti, si ottengono dei segni differenti. Il Fâ si compone di 16 segni, ma in totale esistono 256 combinazioni. Si trovano *consultants* del Fâ ovunque in Benin, ma la geomanzia può essere letta in diversi supporti. Alcuni leggono i segni per esempio nell'acqua, nella sabbia o nella polvere. Ad esempio, nei segni che restano sulla sabbia il guaritore legge – con il suo spirito e non con i suoi occhi – di quale malattia si tratta, le sue cause e come guarirla. Altri ancora passano lo specchio sul corpo del paziente per vedere dove si trova il male ed estrarlo». A. Dresse- D. De Baeremaeker, *Amawato. Le marché de la santé au pays du vaudou*, cit., p. 15 (trad. mia). «Il Fâ permette di curare con successo l'uomo malato e di prevenire le malattie. Per lungo tempo il Fâ è stato considerato come una semplice geomanzia divinatoria, cioè una tecnica la cui origine si perde nella notte dei tempi. Il Fâ è stato praticato da tutti i popoli della terra (...). Attualmente il Fâ è considerato come una scienza matematica insegnata in diverse università africane» *Manuel d'initiation des professionnels de la santé*, cit., pp. 35. Cfr. anche R.T. Hounwanou, *Le Fâ. Une géomancie divinatoire du golfe du Bénin (pratique et technique)*, Les Nouvelles Editions Africaines, Lomé, 1984.

piante medicinali¹³², che quelli più significativi, come le cerimonie per celebrare la guarigione di un paziente, si compongono di preghiere spesso seguite da sacrifici di animali che solo gli iniziati possono fare¹³³.

Durante i rituali, «l'individuo malato può entrare in trance; ma a volte è un'altra persona che entra in trance per trasmettere un messaggio dello spirito possessore e spesso quando il rituale è fatto male»¹³⁴, mentre

«i guaritori possono ricorrere a degli oggetti simbolici che rappresentano il paziente, come delle statuette in legno, alle quali sono attribuiti dei poteri magici. Tali “fétiches” possono contribuire alla guarigione delle malattie provocate o spirituali, o al contrario essere utilizzate per *envoûter* qualcuno. Uno degli elementi più conosciuti della cultura voodoo nel mondo è, infatti, la bambola voodoo. Se tali piccole figure personalizzate in legno sono utilizzate in numerosi rituali, si è in realtà ben lontani dall'immagine del “féticheur” che pianta degli aghi in una bambola per fare un sortilegio a distanza ad una persona. Se gli *envoûtements* ed altri sortilegi fanno parte della vita quotidiana in Bénin, non è questa l'essenza del voodoo che è concepito per proteggere gli aderenti e conservare l'equilibrio tra i due mondi: il visibile e l'invisibile»¹³⁵.

A ben vedere, però, sorgono dei dubbi relativamente ai guaritori: non è infatti semplice stabilire se ciascun guaritore tradizionale afferisce allo stesso tempo all'universo del sacro e del religioso e dispone di competenze molto avanzate relative alle piante, oppure se è possibile diversificare coloro che ricoprono un ufficio spirituale rispetto ad altri che possono servirsi unicamente delle piante per le cure, prescindendo dalla dimensione rituale.

Difatti «le istituzioni che prendono in carico la malattia sono ad un tempo religiose, politiche e terapeutiche; esse ricoprono un campo di competenze e di funzioni (divinatori, chiaroveggenti, antistregoni, fabbricatori di feticci, sacerdoti) che subordinano l'efficacia terapeutica ad una di portata più ampia; mettendo in gioco delle potenze tutelari, delle

¹³² Anche la fitoterapia ha degli aspetti mistici, sicché si presta molta attenzione al rituale della raccolta delle piante: «deve rispondere a delle norme e corrispondere a dei momenti cosmici, sia prima dell'alba, che a mezzogiorno, sia la sera prima del tramonto, per avere gli effetti terapeutici o mistici desiderati. Generalmente il traditerapeuta, in caso di urgenza, la notte entra nella foresta o nel suo giardino botanico e prima della raccolta della pianta di cui ha bisogno deve digitarla a tre riprese sulle foglie, al fine di risvegliarla così che gli elementi terapeutici siano efficaci» *Manuel d'initiation des professionnels de la santé*, cit., p. 41.

¹³³ «I materiali di origine animale non servono solo come ingredienti per i medicamenti tradizionali, ma sono anche utilizzati per i riti sacrificali di animali che fanno parte integrante del culto voodoo. Al momento del sacrificio e dei rituali che lo accompagnano, la carne è consumata dagli uomini mentre l'anima e il sangue dell'animale sono offerti agli spiriti come energia protettrice. Si tratta di un'esperienza spirituale molto forte per colui che assiste, ma anche di uno spettacolo e di una possibilità per il mondo dei vivi di ristabilire l'equilibrio corrotto. In alcuni casi l'animale è utilizzato come “fétiche” rappresentando il malato ed è a lui che viene applicato il trattamento. Ciò accade spesso per curare le fratture: se ad esempio una donna si è rotta il piede destro, la zampa destra di una gallina sarà spezzata, i seguito la gallina sarà sia trattata che liberata e la paziente sarà ristabilita contemporaneamente all'animale, senza aver ricevuto delle cure molto avanzate ella stessa» A. Dresse- D. De Baeremaeker, *Amawato. Le marché de la santé au pays du vaudou*, cit., p. 16 (trad. mia).

¹³⁴ *Manuel d'initiation des professionnels de la santé*, cit., p. 43.

¹³⁵ A. Dresse- D. De Baeremaeker, *Amawato. Le marché de la santé au pays du vaudou*, cit., p. 16 (trad. mia).

strutture normative e simboliche, dei rapporti di forza e di potere»¹³⁶. Ciononostante questo non vuol dire che i guaritori, pur richiamandosi al sistema simbolico culturale tradizionale, debbano necessariamente esercitare il loro ufficio avvalendosi della dimensione sacro-spirituale: «esistono degli individui che rivendicano esclusivamente delle competenze di guaritori, cioè un sapere relativo alle piante e alla farmacopea; ma oltre al fatto che non rappresentano in genere che un aspetto parziale di processi terapeutici di norma più complessi, essi non sono comunque autonomi rispetto alle potenze tutelari e ai rapporti di forza più sopra evocati. Anche se detengono un potere acquisito per eredità o per apprendimento, esso dipende, per essere efficace, da un potere o da insiemi simbolici legati a queste potenze e al linguaggio della forza»¹³⁷.

I professionisti della medicina tradizionale¹³⁸ sono, infatti, molteplici e possono ricoprire il ruolo di:

- *Fitoterapeuta*, ovvero che si avvale per le pratiche di cura prevalentemente di piante
- *Esperto di chirocinesi*: che opera con mani nude o munito di uno strumento, con dei massaggi o delle manipolazioni sul corpo al fine di donargli o rendere alle parti malate o che hanno perduto le loro funzioni;
- *Flebotomista*, ovvero capace di praticare le tecniche di salasso
- *Ritualista*, nel senso che cura principalmente con dei riti (religiosi o no)
- *Psicoterapeuta* ovvero una persona che cura principalmente attraverso le tecniche di relazione tra terapeuta e malato (utilizzando o meno l'ipnosi)
- *Farmacista (médico-droguiste)* che vende sostanze medicinali diverse dalle piante.
- *Erborista* che, sulla base delle conoscenze acquisite in medicina e in farmacopea tradizionale, condiziona e vende delle sostanze medicinali vegetali a fini terapeutici
- *Aromaterapeuta*, che utilizza un insieme di pratiche mediche basate su degli oli essenziali (oli estratti da piante essiccate) a fini terapeutici
- *Naturopata*, che utilizza un insieme di pratiche mediche basate su sostanze di origine naturale (vegetale, animale o naturale) a fini terapeutici.

Da questo elenco, però, bisogna espungere

¹³⁶ J-P. Dozon, *Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire*, in «Politique Africaine», (1987) 28, pp. 9-20; tr. it. (a cura di P. Schirripa) *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, in Aa. Vv., *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, a cura di P. Schirripa, P. Vulpiani, Argo, Lecce, 2000, pp. 41-54, ivi, pp. 45-46. Dello stesso autore cfr. J.-P. Dozon, *L'Afrique à Dieu et à Diable. États, ethnies et religions*, Ellipses, Paris, 2008; tr. it. *L'Africa tra Dio e il Diavolo. Stati, etnie e religioni*, Liguori, Napoli, 2014

¹³⁷ Id., *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, pp. 45-46.

¹³⁸ Per i dettagli sui professionisti della medicina tradizionale si veda *Manuel d'initiation des professionnels de la santé*, cit., pp. 13-15.

- il *ciarlatano*, ovvero colui che approfitta delle persone vantando poteri e articoli taumaturgici a meri fini di lucro;
- il *marabut*, solitamente un musulmano che utilizza versetti coranici a fini terapeutici¹³⁹;
- il *sorcier*, colui che, avendo familiarità con la dimensione spirituale la utilizza a scopi malefici che hanno come conseguenza quella di determinare patologie o arrecare sventure a delle persone, sino a provocarne la morte, dietro comando di terzi.

In definitiva parrebbe potersi dire che, per quanto la pratica stessa della guarigione tradizionale contempi un marcato riferimento alla dimensione sacrale, taluni guaritori preferiscono se non espungerla, quantomeno ridimensionarla, rimarcando l'efficacia farmacologica dei preparati più che quella mistico-religiosa. Sembra, così, possibile discernere, al di là delle varie specificazioni surriferite, l'universo dei *feticheurs* i quali curano attraverso il ricorso alla dimensione rituale, divinatoria, simbolica e anche sacrificale, pur avvalendosi di medicinali naturali, e quello dei *guerisseurs*, ovvero di coloro che definiscono le proprie pratiche terapeutiche a partire dall'utilizzo prevalentemente di piante, pur afferendo all'universo culturale tradizionale. Come spiega il prof. Roch Hounghin, Coordinatore del Programma Nazionale di Farmacopea e Medicina Tradizionale:

«Ci sono due tipi di guaritori: i fitoterapeuti che curano con le foglie, con le piante, con elementi del regno animale, del regno vegetale e del regno minerale. Possono andare nei laboratori per fare i preparati per trattare le malattie. Poi ci sono gli spiritualisti. Spesso la stessa persona incarna la due figure: utilizza le piante e, allo stesso tempo, fa la consultazione del Fâ per capire se la malattia è naturale o è stata provocata, fa dei rituali. Se con la consultazione si rileva che la malattia è stata provocata non serviranno le piante a curarla, bisogna comunicare con gli dèi, con gli spiriti e fare dei rituali, cioè sacrifici di capre, mucche, polli, delle cerimonie. (...) il Ministero non approva le terapie spirituali perché non ci sono delle prove e non è possibile fare delle analisi. Anche se i guaritori praticano anche delle forme di cura spirituali qui riconosciamo solamente le loro pratiche terapeutiche fatte con le piante per curare ad esempio la malaria o le malattie collaterali dell'HIV, il diabete, l'ipertensione, le emorroidi, la sinusite etc. [il professore mostra una serie di ampolle con dei preparati a base di piante]: queste sono le piante, questo è quello che noi riconosciamo, ne studiamo l'efficacia, le posologie e i dosaggi di somministrazione. In Bénin ci sono quasi 11000 guaritori, io li conosco tutti, ma qui al Ministero riconosciamo solo gli aspetti fisici dei loro trattamenti, quelli legati alle piante»¹⁴⁰.

¹³⁹ E. Dammam, *L'Africa. Le religioni naturiste, ebraismo, cristianesimo e islamismo in Africa*, Jaca Book, Milano, 1985.

¹⁴⁰ Cfr. Intervista prof. Roch, *infra*, p. 486.

Tale diversificazione, forse non originaria, ma ad oggi alquanto manifesta, è probabilmente l'esito di una politica statale tesa a riconoscere il ruolo dei guaritori più impegnati nei trattamenti fitoterapeutici.

«Davanti alla complessità della pratica mistica della medicina tradizionale riservata ai soli iniziati, le autorità sanitarie hanno creduto di dover approfondire tutti i loro sforzi per sviluppare la fitoterapia o il trattamento delle malattie attraverso le piante. Tale forma di terapia è scientificamente controllabile con delle possibilità di innovazioni e di ricerca e, soprattutto, si dispone ad essere trasmessa alle nuove generazioni, in particolare ai giovani. Il mistico o il mistico-*praticien* della salute non è sottovalutato, ma non risponde alle aspettative dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), un organismo scientifico strutturato e che privilegia le terapie razionali consolidate»¹⁴¹.

Invero non è semplice dire se tale ripartizione tra *guerisseurs* e *féticheurs* è reale o se i primi, spinti a mantenersi sul piano razionale, almeno in apparenza, non si avvalgano, poi, nel chiuso dei loro gabinetti, di pratiche divinatorie e sacrifici rituali¹⁴². Purtroppo parrebbe che l'esito di tale diversificazione sia stato alquanto drammatico per i secondi, ormai sovente approssimati ai ciarlatani, quando, invece, il loro sapere si radica in credenze tradizionali ataviche, trasmesse di generazione in generazione ed ancora rappresentative dell'autentica identità culturale del Paese. Un'identità che vuole connotarsi – riuscendoci invero sempre più manifestamente – solo per i saperi fitoterapeutici espunti dall'universo mistico è, a ben vedere, il prodotto contemporaneo della storia di una cultura che ha saputo mediarsi, pagando un oneroso costo, per rispondere all'incedere inesorabile della modernità.

2. Il ritorno alla medicina tradizionale

Nel corso degli ultimi decenni, a livello globale, si è assistito ad un significativo processo di trasformazione culturale in campo biomedico che ha visto il graduale recupero delle tradizioni terapeutiche, in particolare di quelle appartenenti alle culture non occidentali le quali, dopo un iniziale disconoscimento, sono andate progressivamente ad accompagnare la pratica medica ufficiale fino ad essere in alcuni casi ricomprese nelle politiche sanitarie di molti paesi occidentali¹⁴³.

¹⁴¹ *Manuel d'initiation des professionnels de la santé*, cit., p. 43.

¹⁴² Cfr. A. Kedzierska - B. Jouvet, *Guérisseurs et féticheurs : la médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest*, Éditions Alternatives, Paris, 2006.

¹⁴³ Si constata una domanda crescente da parte dei pazienti occidentali di forme terapeutiche naturali. C'è bisogno di un buon inquadramento per evitare derive come l'automedicazione e il ciarlatanismo. Tutto ciò che è naturale ha la tendenza ad essere considerato inoffensivo, ma le piante medicinali possono rivelarsi tossiche se sono mal dosate o mal mescolate. Per questo c'è bisogno dei test scientifici, di un controllo della materie prime e della loro tracciabilità. La legislazione europea è sempre stata molto vigilante e una direttiva limitante alla

Come è noto, il dibattito relativo al recupero della medicina tradizionale ha visto, sin dal suo principio, l'opposizione tra coloro che hanno ravvisato ambiguità e pericoli nell'avvalorare prassi non scientifiche e coloro i quali, invece, l'hanno intesa come possibilità di offrire un servizio sanitario più prossimo ai bisogni e alle prospettive delle popolazioni¹⁴⁴. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, la valorizzazione delle tradizioni mediche autoctone all'interno delle politiche sanitarie viene portata avanti senza che si svolga una parallela ed indispensabile analisi delle dinamiche sociali e culturali o senza tener conto degli scontri di potere che tale processo può innescare e che possono determinare imprevedibili forme di riduzione, quando non di ottundimento, della tradizione stessa.

È ben noto, infatti, che le forme di cura tradizionali ancora rappresentano la struttura identitaria di molti popoli che, nella storia, hanno incrociato il progressivo affermarsi del sapere medico tecno-scientifico il quale, in alcuni casi, ha preteso prendere impositivamente il posto delle tradizioni medicali, considerandole anacronistici retaggi del passato o, piuttosto, ha optato per ammantare bonarie e pacifiche possibilità di interazione con esse, nei fatti difficilmente realizzabili.

Ciò diviene ancor più dirimente se si prendono in considerazione i paesi del cosiddetto Terzo Mondo, laddove la relazione tra modelli di cura tradizionali e biomedicina di stampo occidentale chiama in causa la questione dei rapporti storici di potere e di dominio che sono intercorsi tra l'Occidente e il continente africano, ma anche quello asiatico e latinoamericano.

vendita dei medicinali a base vegetale è applicata dal 2004: UE, *European Directive on Traditional Herbal Medicinal Products (THMPD)*, 31 Marzo 2004: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:136:0085:0090:en:PDF> (ultima visualizzazione dicembre 2016)

¹⁴⁴ In Italia giovedì 29 Settembre 2016 si è tenuto presso il Senato della Repubblica il Simposio Nazionale dell'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona dal titolo: *Le Medicine Tradizionali, Complementari e Non Convenzionali nel Servizio Sanitario Nazionale per l'uguaglianza dei diritti di salute oltre le esperienze regionalistiche: Salutogenesi e Prevenzione, Formazione a Profilo Definito, Buona Pratica Clinica, Ricerca Clinica No-Profit. Criticità, esigenze sociali, prospettive future: un confronto interdisciplinare*. Il Simposio del Senato, avvalorando la medicina tradizionale e non convenzionale, nell'ottica di un recupero della centralità della persona e di una nozione di benessere intesa in senso ampio, si è posto come obiettivo quello di sensibilizzare la politica ad offrire risposte sanitarie e di salute più consapevoli delle tradizioni mediche figlie di una saggezza millenaria (cfr. Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona Onlus: <http://www.medicinacentratasullapersona.org/index.php/home/item/107-simposio-nazionale-senato-della-repubblica-29-settembre-2016>). Molto dura è stata la reazione della Consulta di Bioetica Onlus, il cui presidente, Maurizio Mori, che, come è noto, è uno dei maggiori esponenti del versante laico della bioetica, ha definito un «Simposio che accredita la magia e l'irrazionalità come forme terapeutiche equivalenti alla medicina scientifica». Sdegnata che «un'iniziativa senza alcuna consistenza scientifica» fosse posta sotto il Logo del Senato della Repubblica, la Consulta di Bioetica ribadisce che di recente le vicende Stamina, Di Bella e Bonifacio hanno già rimarcato la necessità del rigore scientifico in campo sanitario ed insiste sull'indiscussa «superiorità della medicina scientifica basata su rigorosi esperimenti e sulle prove». Cfr. Consulta di Bioetica Onlus, Comunicato stampa n. 11/2016: <http://www.consultadibioetica.it/wp-content/uploads/2017/04/426-1.pdf>. Si veda su ciò il Parere del CNB, *Le medicine alternative e il problema del consenso informato*, 18 marzo 2005: http://bioetica.governo.it/media/170676/p62_2005_medicine-alternative_it.pdf (ultima visualizzazione dicembre 2016).

È oltremodo nota la totale chiusura manifestata delle potenze europee in epoca coloniale rispetto alle culture colonizzate e alle loro tradizioni, anche terapeutiche. Tale atteggiamento poggiava sulla convinzione eurocentrica della fallacia dei saperi dei popoli indigeni che venivano liquidati semplicisticamente come pratiche di carattere magico e superstizioso, con l'obiettivo poi non troppo tacito di indebolire il ruolo sociale, religioso ed anche politico dei guaritori, malvisto dai colonizzatori.

Inizia così quella lenta ed inesorabile affermazione della biomedicina razionalizzata, moderna, occidentale, scientifica, ad oggi perlopiù definita come “convenzionale” che, attraverso la derisione, diminuzione e negazione dell'altrui cultura, si presentava come missione civilizzatrice dei popoli colonizzati, *ardello dell'uomo bianco*¹⁴⁵ e suo irrinunciabile obbligo morale.

Veicolando la costruzione di immagini della corporeità indigena come selvaggia, impura, malata, foriera di contagio fisico e morale e, dunque, da epurare, gli imperi coloniali intrapresero una capillare diffusione della medicina moderna, passante anche attraverso l'azione dei missionari per i quali era fondamentale impedire ai fedeli appena convertiti alla fede cristiana di rivolgersi alla medicina tradizionale, le cui misteriose pratiche non nascondevano dei richiami pagani. Ad accrescere il controllo biopolitico contribuì l'imposizione a tutte le colonie di una legislazione stringente dal punto di vista della politica sanitaria, orientata alla massiva costruzione di infrastrutture (ospedali, dispensari, farmacie) che, inevitabilmente, condusse ad un indebolimento del ruolo dei terapeuti tradizionali i quali si trovarono in breve tempo ad operare in condizioni di clandestinità¹⁴⁶.

Rispetto a tale colonialismo, perpetrato anche sul versante terapeutico-culturale, il popolo africano manifestò un atteggiamento duplice: taluni si arroccarono in difesa delle tradizioni e del proprio patrimonio culturale, altri, consapevoli o meno delle conseguenze delle loro scelte, si lasciarono persuadere dall'attrattiva delle nuove conoscenze sanitarie, manifestamente più solide, il che determinò un graduale ridimensionamento della considerazione dei guaritori i quali in ogni caso avevano mostrato da sempre un potenziale terapeutico inestimabile.

All'indomani dell'indipendenza, nella seconda metà del 900, la situazione delle ex-colonie non mutò di molto, giacché i principali sforzi dei nuovi governi africani furono orientati al potenziamento delle infrastrutture sanitarie esistenti e, al più, al miglioramento

¹⁴⁵ Cfr. R. Kipling, *The White Man's Burden*, in «McClure's Magazine», (February 1899) 12, pp. 353-361.

¹⁴⁶ Cfr. su ciò Je. Comaroff, *The diseased heart of Africa. Medicine, colonialism and the black body*, in S. Lindenbaum-M. Lock (a cura di), *Knowledge, power and practice. The anthropology of everyday life*, University of California Press, Berkeley, 1993, pp. 305-329.

igienico, indirizzando gli interventi in termini propagandistici. Ugualmente protesi all'affermazione della medicina moderna furono gli organismi internazionali, principalmente l'OMS e le organizzazioni che si occupavano di progetti di aiuto e di cooperazione internazionale.

«Sta di fatto che, almeno nella prima metà della decade '60-'70, sarebbe più esatto parlare di imposizione degli aiuti e non di cooperazione. Il rapporto tra donatori e riceventi si svolge ai livelli superiori dei ministeri, mentre il coinvolgimento e la partecipazione delle popolazioni interessate vengono praticamente trascurate. Ci fu, all'epoca, chi affermò che la cooperazione offriva agli occidentali l'occasione di liberarsi del senso di colpa dell'imperialismo. Un nonsenso: ciò che di fatto avvenne in quel primo decennio fu di altro ordine. A muovere i paesi e gli organismi donatori fu la consapevolezza dell'esclusivo possesso del sapere e delle competenze tecniche; di conseguenza, si ritenne superfluo coinvolgere le popolazioni per cui ogni progetto risultava un'imposizione d'imperio, ossia un atto di neocolonialismo»¹⁴⁷.

Quantunque le azioni governative fossero tendenzialmente concordi nella diffusione della medicina moderna, nei vari Stati si manifestarono atteggiamenti diversi e poco chiari rispetto alle pratiche terapeutiche tradizionali che andarono dal rifiuto netto di un riconoscimento legislativo (come accadde ad esempio in Kenya e Costa d'Avorio¹⁴⁸) all'approvazione informale dell'opera terapeuti tradizionali (come in Zaire¹⁴⁹), sino all'ufficializzazione del ruolo dei guaritori che, tuttavia, non regolava in maniera chiara gli spazi di intervento loro consentiti, come si verificò in Ghana¹⁵⁰ e in Bénin.

Gradualmente, tuttavia, si assisté ad un progressivo recupero ufficiale delle tradizioni: nel 1968 a Dakar si diede l'avvio al primo Simposio interafricano sulla Medicina e la Farmacopea Tradizionali in cui furono concertati degli importanti Programmi di ricerca e studio delle piante medicinali africane. Parallelamente, sotto l'egida dell'Agenzia di

¹⁴⁷ B. Bernardi, "Salute per tutti": prospettiva XXI secolo, in «L'arco di Giano. Rivista di medical humanities», (1998)16, pp. 1-31, ivi, p. 21.

¹⁴⁸ V.N. Kimani, *The unsystematic alternative: towards plural health care among the central Kikuyu of central Kenya*, in «Social Science and Medicine», (1981) 15 B, pp. 333-340; D. Nyamwaya, *A case study of interaction between indigenous and western medicine among the Potok of Kenya*, in «Social Science and Medicine», XXV (1987) 12, pp. 1277-1287.

¹⁴⁹ N. Kinkhela-G. Bibeau-E. Corin, *Step toward a new system of public health in Zaire*, in Z.A. Ademuwagun-J.A.A. Ayoade- I.E. Harrison- D.M. Warren (a cura di), *African therapeutic systems*, Crossroads Press, London, 1979, pp. 217-224.

¹⁵⁰ P. Schirripa, *Medicina tradizionale e questioni di potere. La professionalizzazione della medicina indigena in Ghana*, in «I fogli di Oriss», (1993) 1, pp. 63-84; Id. *Esperienze di biomedicina e terapie tradizionali nei paesi in via di sviluppo. Il caso del Ghana*, in «Quaderni dell'Istituto di Igiene dell'Università di Milano», (1994) 46, pp. 82-88. Dello stesso autore cfr. Id., *La professionalizzazione della medicina indigena in Africa. Un percorso bibliografico*, in «I Fogli di Oriss», (1993) 3, pp. 99-112; Id., *Pluralismo di istituzioni in pluralismo etnico. O di come la democrazia si coniughi nell'offerta dei servizi terapeutici*, in «Ossimori. Periodico di antropologia e scienze umane», (1997) 8, pp. 30-39; Id., *Promesse e minacce della medicina tradizionale africana*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», (1996) n. 1-2, pp. 155-178; Id., *Tra legittimazione e invenzione di un sapere tradizionale. La professionalizzazione dei guaritori africani*, «Materiali per lo Studio della Cultura Folclorica», IV (1992-1993) 7-8, pp. 29-38.

Cooperazione Culturale e Tecnica (ACCT), furono intraprese numerose missioni etnobotaniche in molti paesi africani. Dal 1968 fu realizzato un Comitato interafricano di piante medicinali dal Comitato scientifico dell'OUA a Lagos in Nigeria il quale editò due volumi sulla "Farmacopea Africana" nel 1985 e nel 1988¹⁵¹.

Complessivamente attorno alla metà degli anni '70 si registrò un generalizzato mutamento nella considerazione delle pratiche terapeutiche tradizionali, sicuramente accelerato dal riconoscimento ufficiale della medicina tradizionale africana da parte dell'OMS che nel 1976 ne propose la definizione summenzionata¹⁵² e rilevò l'opportunità di integrarla nell'assistenza sanitaria primaria (*Primary health care* -PHC). Col definirla l'OMS determina in qualche modo la

«“scoperta” della medicina tradizionale, l'ammissione della sua importanza. Ci si rende conto “improvvisamente” che la maggior parte degli africani, nei villaggi e nelle città, continuano a rivolgersi ancora ai medici tradizionali. Rispetto all'ostracismo, alla lotta contro l'“oscurantismo” della medicina tradizionale, fino ad allora sostenuto dalla maggior parte dei paesi africani – ma, a ragion del vero, presente ancor oggi in molti paesi africani – la svolta del 1976 rappresenta indubbiamente un notevole passo in avanti. Si comincia a distinguere fra quanto nella medicina tradizionale è frutto di superstizione e di ignoranza e quanto invece è frutto di esperienza e di conoscenza»¹⁵³.

Difatti, nel 1978, ad Alma Ata in Kazakistan fu adottata dall'OMS una Dichiarazione in cui veniva raccomandato ai Paesi membri di promuovere e favorire l'uso della medicina tradizionale, soprattutto in quelle zone in cui era riconosciuta come PHC, attraverso l'attuazione di programmi sanitari che prevedessero un'interazione con la biomedicina¹⁵⁴. Tale strategia, facendo leva sullo slogan “*Salute per tutti al XXI secolo*”, poi posto alla base delle politiche nazionali e regionali, «voleva essere una risposta al fallimento dei sistemi sanitari “chiavi in mano” realizzati all'indomani della decolonizzazione»¹⁵⁵. La Dichiarazione di Alma Ata, adottata dalla Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria, indica infatti le “buone pratiche” finalizzate alla creazione di progetti sanitari sostenibili, capaci di coinvolgere le popolazioni. L'obiettivo era proprio quello di integrare le figure

¹⁵¹ Manuel d'initiation des professionnels de la santé, cit., p. 19.

¹⁵² OMS, *Afro Technical report series n. 1*, 1976 (*African traditional medicine Report of the Regional Committee*), cit., pp. 3-4.

¹⁵³ E. Venturini – S. Atti, *Per una politica di salute mentale: il ruolo svolto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in Africa*, in «Rivista trimestrale di studi e documentazione dell'Istituto Italiano per l'Africa e l'Oriente», a. 39, n. 3 (settembre 1984), pp. 375-390, ivi, pp. 386-387.

¹⁵⁴ OMS, *Les Soins de Santé Primaires : rapport de la conférence internationale sur les soins d santé primaires*, Alma Ata (URSS), OMS, Genève, 1978: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39243/1/9242800001.pdf> (ultima visualizzazione dicembre 2016).

¹⁵⁵ R. Brauman, *Utopie sanitarie. Umanità e disumanità della medicina*, cit., p. 60.

tradizionali all'interno di un sistema sanitario di base, cercando in tal modo il raggiungimento di una presa in carico della salute intesa in senso globale.

«La maggior parte delle società ha i propri medici tradizionali. Costoro fanno spesso parte della comunità, della cultura e delle tradizioni locali e continuano, in molti luoghi, a godere di un grande prestigio, esercitando una considerevole influenza sulle pratiche sanitarie locali. Con l'appoggio del sistema di salute ufficiale, tali *practiciens* indigeni possono diventare partner preziosi nell'organizzazione degli sforzi destinati a migliorare la salute della comunità. Alcune comunità potranno sceglierli come agenti di salute comunitaria. Ci sarà dunque il più grande interesse a esplorare le possibilità di integrarli [*les engager*] nell'assistenza sanitaria di base e formarli a tale fine»¹⁵⁶.

Inoltre la Dichiarazione definisce il concetto di “assistenza di base” affiancando alle figure degli operatori sanitari professionisti quelle tradizionali le quali si chiarisce debbano essere adeguatamente preparate dal punto di vista sociale e tecnico a lavorare in équipe ed a rispondere ai bisogni di salute espressi dalla comunità.

«Questa strategia poneva l'accento sulle cure essenziali come rimedio alle cause più frequenti di malattie e decessi. Il sistema si fondava su personale sanitario comunitario volontario, formato in qualche settimana, con la possibilità di disporre di “farmacie di villaggio” dotate di un numero fra i cinque e i dieci farmaci. Questi operatori, ispirati all'esperienza dei “medici a piedi nudi” cinesi, erano responsabili dell'assistenza sanitaria, della prevenzione e dell'educazione sanitaria»¹⁵⁷.

Alla conferenza dell'OMS di Alma Ata ne sono seguite molte altre (Lusaka nel 1985, Bamako nel 1987, New York nel 1990, Harare 2001) tutte aventi il medesimo obiettivo di contribuire all'accelerazione della realizzazione dell'assistenza sanitaria primaria nei Paesi in via di sviluppo, valorizzando anche l'apporto della medicina tradizionale. Particolarmente nota è quella tenutasi a Bamako, in Mali, nel 1987, in cui si afferma la cosiddetta “iniziativa di Bamako”¹⁵⁸ che traccia le grandi linee di un nuovo approccio per le cure sanitarie primarie

¹⁵⁶ OMS, *Les Soins de Santé Primaires*, cit, p. 70 (trad. mia).

¹⁵⁷ R. Brauman, *Utopie sanitarie. Umanità e disumanità della medicina*, cit., p. 60. Per quanto concerne i *farmaci essenziali*, tale concetto è stato definito nel 1975 dagli esperti dell'OMS per aiutare i paesi in via di sviluppo ad orientarsi nella panopia terapeutica complessa dei paesi industrializzati. Secondo l'OMS «i farmaci essenziali sono quelli che soddisfano le esigenze prioritarie di assistenza sanitaria priorità della popolazione. Sono selezionati tenendo conto della rilevanza della salute pubblica, l'evidenza rispetto all'efficacia e alla sicurezza, un'analisi comparativa costo-efficacia. I farmaci essenziali devono essere disponibili nel contesto di funzionanti sistemi sanitari in ogni momento in quantità adeguata, in forme di dosaggio appropriate, con garanzia della loro qualità, informazioni adeguate e ad un prezzo che l'individuo e la comunità può permettersi»: OMS, *Essential medicine* http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/ La prima lista, pubblicata nel 1976, raggruppava 256 molecole, è stata costantemente aggiornata dall'OMS fino all'ultimo aggiornamento del marzo 2017: OMS, *Model Lists of Essential Medicines*: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/> e, per l'ultima lista cfr. OMS, *Model List of Essential Medicines*, 20th List, March 2017: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017.pdf?ua=1 (ultima visualizzazione marzo 2017). Essa comprende più di 400 farmaci ed è fondamentale per l'elaborazione delle Liste Terapeutiche Nazionali in funzione delle situazioni e dei bisogni specifici di ciascun paese.

¹⁵⁸ OMS, *Idées directrices pour la mise en œuvre de L'Initiative de Bamako. Comité régional pour l'Afrique, 38^{ème} session*. OMS Afro, Brazaville, 1988. Cfr. P. Gbodedenou, *L'initiative de Bamako: espoir ou illusion. Réflexion autour de l'expérience béninoise*, in «Cahiers Santé», (1994) 4, pp. 281-288.

attraverso un nuovo slogan: «gestione decentralizzata e copertura della spesa sanitaria attraverso il pagamento delle cure»¹⁵⁹. Tale *decentralizzazione*, invero, presumeva una deresponsabilizzazione degli Stati i quali, pur continuando a provvedere alle retribuzioni del personale, inclinano verso una gestione periferica dei farmaci che si poggia sulla partecipazione della popolazione che per un verso paga e per altro controlla l'impiego del denaro proveniente da tali pagamenti.

«Le terapie sanitarie diventavano ufficialmente a pagamento e soprattutto la gestione sarebbe avvenuta in loco. La vendita di “farmaci essenziali” comprati al prezzo di costo e rivenduti con un margine di guadagno avrebbe dovuto assicurare il finanziamento delle spese di funzionamento delle strutture sanitarie e l'approvvigionamento dei farmaci, un'operazione chiamata “copertura dei costi”. Era emersa anche la proposta di finanziare le attività preventive come le vaccinazioni attraverso i proventi della vendita di assistenza sanitaria. La partecipazione comunitaria, spesso presentata come dato acquisito e scontato, era considerata allo stesso tempo strumento e garanzia di un funzionamento durevole perché la popolazione poteva gestire direttamente i propri investimenti e percepirne i frutti. L'idea non era nuova, ma era semplice ed entusiasmante. Il modello aveva scarse basi sperimentali; era tuttavia necessario cercare nuove strade, e i donatori reagirono favorevolmente. Gli stati, pur coscienti dei vincoli che avrebbe comportato questa politica sanitaria fondata sul decentramento e sull'autogestione, si lasciarono tentare dall'avventura e aderirono l'uno dopo l'altro all'iniziativa di Bamako. Almeno a breve termine, rappresentava la garanzia di un rilancio dei sistemi di cure sanitarie primarie, la possibilità di usufruire di sovvenzioni e di dare nuovo slancio agli aiuti»¹⁶⁰.

La valutazione della realizzazione dell'Iniziativa di Bamako ha mostrato un miglioramento generale dell'accessibilità finanziaria della maggioranza della popolazione alle cure e ai servizi di salute¹⁶¹. Ma in un sistema a pagamento il rischio di marginalizzare i più indigenti persiste. Va, infatti, rilevato che:

«nonostante le diverse riforme nel sistema sanitario compiute tra la fine degli anni 80 e 90 del 900 dovuti a programmi di aggiustamento strutturale in Bénin e all'Iniziativa di Bamako, solo il 36%

¹⁵⁹ «Bamako era l'occasione per fare il punto su questa strategia di sviluppo dell'accesso all'assistenza sanitaria e per proporre un rilancio di tutti gli operatori della sanità nel mondo. Il bilancio, senza addentrarsi molto nell'analisi delle cause politiche, indicava alcuni problemi costanti: la crescente incapacità degli stati di finanziare le spese sanitarie della propria popolazione, l'accaparramento di risorse a volte ingenti da parte dei centri ospedalieri, soprattutto nelle capitali a scapito delle periferie, il peggioramento dell'accesso all'assistenza sanitaria nella maggior parte dei paesi dell'Africa e altrove. Era evidente che l'obiettivo, comunque assurdo, lanciato ad Alma-Ata, “sanità per tutti nel 2000”, non sarebbe stato raggiunto e aumentava il rischio di smobilitazione da parte dei donatori. Per ovviare a questa situazione e ravvivare l'interesse dei donatori di fondi era necessario proporre un nuovo approccio per le cure sanitarie primarie e un nuovo slogan: gestione decentralizzata e copertura della spesa sanitaria attraverso il pagamento delle cure. Era nata l'iniziativa Bamako». R. Brauman, *Utopie sanitarie. Umanità e disumanità della medicina*, cit., p. 60.

¹⁶⁰ Ivi, pp. 60-61.

¹⁶¹ E.-M. Ouendo, M. Makoutodé, V. Agueh – A. Manko d'Almeida, *Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako: situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution*, in M. Audibert- J. Mathonnat – E. de Roodnbeke (eds.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala, Paris, 2003, pp. 119-129.

della popolazione riferita utilizza il sistema di salute pubblico (Ministero della Salute 2002:20). Questo scarso risultato si registra a dispetto degli enormi sforzi politici e del significativo miglioramento dell'accesso al sistema sanitario ufficiale – nel 2002, infatti, l'86% della popolazione ebbe accesso al sistema sanitario nel raggio di 5 km dalla propria dimora (Knippenberger et alii 2003: 20)»¹⁶².

La popolazione, dunque, continua a preferire la medicina tradizionale anche a fronte di una maggiore accessibilità del sistema sanitario ufficiale e di differenze di costo non sempre significative. Così, convinti dell'esistenza di prove attestanti l'efficacia dei farmaci tradizionali rispetto ai trattamenti di numerose malattie prioritarie¹⁶³, i Capi degli Stati africani, durante i loro incontri dell'OUA tenutisi ad Abuja (Nigeria, 2001) e a Lusaka (Zambia, 2001), dichiarano rispettivamente che la ricerca in medicina tradizionale deve essere una priorità in Africa e che il periodo 2001-2010 avrebbe dovuto essere definito "Decennio di medicina tradizionale africana". In seguito fu promossa la strategia della Regione Africana dell'OMS relativa alla promozione della medicina tradizionale 2002-2005 e realizzato un piano di azione per la cooperazione tra la Cina e i paesi africani sullo sviluppo della medicina tradizionale, adottato nell'ottobre 2002 a Beijing in Cina.

Questi orientamenti strategici definiscono le basi dell'istituzionalizzazione e del rafforzamento degli aspetti organizzativi della medicina tradizionale nei Paesi della Regione africana. L'idea portante di questa proposta era che la medicina tradizionale, con la sua capillare diffusione sul territorio e conformità alla mentalità locale, potesse in qualche modo venire incontro alle carenze del sistema sanitario ufficiale¹⁶⁴.

Tale recupero delle tradizioni fu avallato, poi, anche dagli stessi politici africani i quali si persuasero che avvalorare le risorse endogene con intenti ideologici di tipo nazionalistico potesse rappresentare una risorsa spendibile sul piano del consenso politico, il che del resto si incrociò perfettamente con i calcoli delle case farmaceutiche.

In definitiva si può dire che «in Africa, anche se si è assistito ad una stigmatizzazione ufficiale del sistema di cure tradizionali durante il periodo coloniale, si può notare, quattro decenni dopo le indipendenze, che la medicina tradizionale segna il suo ritorno in ragione di

¹⁶² T. Klein, *Selecting therapies in Benin: making choices between informal, formal, private and public health services*, in «Afrika Spectrum», 42 (2007) 3, pp. 461-481, ivi, p. 461.

¹⁶³ Si pensi ai trattamenti antimalarici: l'utilizzo di medicinali a base di chinino ed artemisia sono stati utilizzati dalla medicina tradizionale molto prima di quella moderna. «Si stima inoltre che quasi un quarto dei medicinali moderni sono derivati dalle piante» A. Dresse- D. De Baeremaeker, *Amawato. Le marché de la santé au pays du vaudou*, cit., p. 35 (trad. mia).

¹⁶⁴ Su ciò cfr. C.P. McCormack, *Health care and the concept of legitimacy*, in «Social Science and Medicine», (1981) 15 B, pp. 423-428.

una combinazione di fattori culturali, psicosociali ed economici»¹⁶⁵, al quale hanno contribuito non poco gli organismi internazionali¹⁶⁶.

Difatti anche in Bénin, dopo un periodo di iniziale diffidenza ed ostilità, il governo rivoluzionario cambiò il suo punto di vista, mettendo in atto un'autentica strategia di collaborazione con i *tradipraticiens* che, seppur ancor lontana da avere un inquadramento legislativo, ha come obiettivo quello di incentivare le risorse latenti della medicina tradizionale e di sottoporle al vaglio della medicina convenzionale, al servizio della popolazione.

4. Il programma Nazionale di Farmacopea e di Medicina Tradizionale

Alla richiesta dell'OMS di valorizzare la medicina tradizionale rispose positivamente sin da subito il Bénin che, dopo l'indipendenza del 1960, conobbe un lungo ventennio di governo marxista-leninista guidato dal generale Kérékou¹⁶⁷. Sottolineare questo indirizzo politico, del resto diffusosi in molti paesi africani dopo l'indipendenza, non è del tutto estraneo agli scopi presenti, giacché è avviso di molti interpreti che la valorizzazione della

¹⁶⁵ *Manuel d'initiation des professionnels de la santé*, cit., p. 7.

¹⁶⁶ «All'interno della Regione Africana dell'OMS si sono compiuti progressi nello sviluppo delle politiche e nell'istruzione del personale sanitario. Il numero di paesi africani con politiche nazionali di MT&C [medicina tradizionale e complementare] è aumentato da 8 nel 1999/2000 a 39 nel 2010, e i paesi con piani nazionali strategici di MT&C sono passati da zero a 18. I quadri normativi nazionali sono aumentati da uno nel 1999/2000 a 28 nel 2010, compresi vari strumenti come il codice etico e un quadro giuridico per i professionisti di MT&C. Al 2010, 8 paesi avevano istituzionalizzato programmi di formazione per i professionisti della MT&C e 13 paesi avevano sviluppato programmi di formazione per gli studenti di scienze della salute e di MT&C. Dal 2003 alcuni paesi della Regione Africana ospitano l'annuale Giornata della Medicina Tradizionale Africana. Professionisti sanitari tradizionali, professionisti sanitari convenzionali, scienziati, organizzazioni non governative (ONG) e altre parti interessate si riuniscono per svolgere attività congiunte quali mostre, dibattiti, convegni, seminari, tavole rotonde e spettacoli culturali. Questi eventi hanno elevato l'immagine della MT&C e la consapevolezza delle sue potenzialità. Nel 2010 alcuni paesi hanno istituito la Settimana della Medicina Tradizionale Nazionale. Al 2010, in 22 paesi erano state condotte ricerche sulle medicine tradizionali per la malaria, l'HIV/AIDS, l'anemia falciforme, il diabete e l'ipertensione, utilizzando le linee guida dell'OMS. Successivamente quattro paesi hanno inserito le medicine tradizionali nei loro Elenchi Nazionali delle Medicine Essenziali (NEMLS). Per quanto concerne l'immissione in commercio dei prodotti della MT&C, 12 paesi hanno rilasciato autorizzazioni che vanno da tre prodotti in Camerun e Congo ad oltre 1000 in Ghana e Nigeria, mentre al momento della prima indagine compariva solo il Mali. Sono state sviluppate linee guida per la tutela dei diritti della proprietà intellettuale e per la conoscenza della medicina tradizionale (CMT). Al 2010, 6 paesi avevano adottato strumenti nazionali per la protezione dei diritti della proprietà intellettuale e della conoscenza della medicina tradizionale, inesistenti nel 1999/2000. 8 paesi hanno stabilito database sui professionisti di medicina tradizionale, sulla CMT e sull'accesso alle risorse biologiche. Sono stati sviluppati strumenti di formazione per gli studenti di scienze della salute e per i professionisti sanitari tradizionali (AFRO, 2011)». OMS, *Strategia dell'OMS per la medicina tradizionale 2014-2023*, cit., p. 63 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/14/9789241506090_ita.pdf?ua=1 (ultima visualizzazione novembre 2016). Cfr. OMS/WHO, *Progress report on decade of traditional medicine in the African Region*, Brazzaville, 5 luglio 2011.

¹⁶⁷ Kérékou governò quella da lui stesso definita Repubblica Popolare del Bénin sotto un regime marxista-leninista dal 1972 fino alla fine degli anni ottanta, quando decise di ristabilire la democrazia, il che gli consentì di rimanere al potere sino a quando nel 1991 fu sconfitto alle elezioni presidenziali. Tuttavia Kérékou tornò al potere nel 1996 e vi rimase sino al 2006.

cultura tradizionale, anche medica, fosse uno dei punti salienti dei programmi politici dei governi socialisti e comunisti, da essi perpetrata per motivi ideologici¹⁶⁸.

Invero Kérékou, nel suo primo discorso programmatico del 30 novembre 1972, dichiarò la sua volontà di «riabilitare la medicina tradizionale», tuttavia a partire dal 1974, ovvero dall'adesione esplicita ad un regime di tipo marxista-leninista, le sorti della medicina tradizionale mutano non poco. Di lì a breve, nel 1976, viene emanata una legge «diretta contro i culti vodun, le dinastie di Abomey, alcuni traditerapeuti refrattari alla riduzione della loro medicina alla sola fitoterapia e le nuove Chiese, tra cui quella del Cristianesimo Celeste, molto seguita»¹⁶⁹. Tuttavia, dopo la consacrazione di Gantin, figura chiave della religiosità cristiana beninese, al ruolo di Cardinale, nel 1977, e la visita del Papa nel 1982 si registrò una maggiore apertura del governo nei riguardi della religione, anche di quella Vodun, coinvolta dallo stesso Presidente per superare una difficile fase di siccità del Paese, il che testimonia un ritorno del religioso sulla scena pubblica, a partire dalla seconda metà degli anni 80 del 900¹⁷⁰.

Ciononostante, sin dal principio del governo di Kérékou fu chiaro l'indirizzo nei riguardi della medicina tradizionale, considerata da avvalorare, ma solo a condizione che essa emendasse i suoi aspetti spirituali e si presentasse come pratica prettamente fitoterapeutica. «Infatti, a partire dagli anni 70, un programma di valorizzazione delle sostanze naturali fu intrapreso dall'Università Nazionale del Bénin e i risultati ottenuti sono i seguenti: la realizzazione di un giardino botanico; il censimento generale della flora del Bénin: il censimento delle piante medicinali; la formazione dei ricercatori e degli insegnanti; e la realizzazione di laboratori di ricerca in farmacopea e medicina tradizionale»¹⁷¹.

In seguito furono promossi numerosi seminari nazionali sul ruolo dei guaritori tradizionali nel sistema sanitario nazionale e fu adottato uno “*Statuto dei professionisti*

¹⁶⁸ Rispetto al nesso tra l'indirizzo politico del paese e la scelta di promuovere una valorizzazione della medicina tradizionale Dozon spiega: «In effetti, un buon numero degli Stati che hanno inserito tale rivalutazione tra i nuovi orientamenti delle loro politiche sanitarie, ha regime socialista o anche uno stile di governo che pretende di vivificare i valori tradizionali africani per porli al servizio dello sviluppo e della costruzione nazionale. Riprendendo i temi dello sviluppo autocentrato caro ai critici dell'imperialismo e del neocolonialismo, o parole d'ordine improntate al linguaggio maoista – come in Benin: “contiamo innanzitutto sulle nostre forze” – questi Stati trovano nelle raccomandazioni dell'OMS, in particolare nell'insistenza sulla partecipazione delle popolazioni e la valorizzazione della medicina tradizionale, elementi che concordano opportunamente con il loro orientamento politico e ideologico». J-P. Dozon, *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, cit., p. 43.

¹⁶⁹ E. Kadya Tall, *De la démocratie et des cultes voduns au Bénin*, in «Cahiers d'Etudes Africaines», 35 (1995) 137, pp. 195-208, ivi p. 197 (trad. mia).

¹⁷⁰ Ivi, p. 198.

¹⁷¹ République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction de la Recherche et de la Formation, Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles, *Politique Nationale de la Médecine Traditionnelle au Bénin*, Cotonou, Juillet 2013, p. 9.

(*praticiens*) della medicina tradizionale in Bénin”, regolamentato dal decreto n. 86-89 del 3 marzo 1986 che all’articolo 8 definisce i “*tradipraticiens*” come:

«uomini e donne che hanno una conoscenza pratica piuttosto estesa, corretta ed efficace dei metodi dell’arte tradizionale di prevenire e di guarire le malattie comuni, eccezionali o croniche, e che sono anche in grado di riconoscere e di definire alcuni elementi del regno vegetale, del regno animale e del regno minerale utilizzati in Medicina Tradizionale e che conoscono anche un certo numero di metodologie, basate sui fondamenti socio-culturali prevalenti nella collettività in cui essi vivono»¹⁷².

Il decreto prevede l’adesione dei guaritori tradizionali ad un’Associazione nazionale dei Professionisti della Medicina Tradizionale del Bénin (ANAPRAMETRAB) il cui regolamento interno, ultimato nel 1988 ed organizzato nelle “cellule base” nei quartieri delle città e nei villaggi, fu messo a punto da un nuovo dipartimento del Ministero della Salute: la Direzione della Medicina e della Farmacopea Tradizionali. Poi, «nel 1990, la volontà governamentale si è tradotta nell’integrazione della farmacopea e della medicina tradizionale nel Piano Nazionale di Sviluppo Sanitario (PNDS), elevandola al rango delle priorità del Ministero della Salute»¹⁷³.

Iniziò così un primo censimento dei guaritori i quali erano tenuti ad iscriversi nel registro ufficiale indicando identità, domicilio e le loro principali “specializzazioni”, ovvero le patologie che erano in grado di curare. Tuttavia, sin dal principio, si verificano delle storture: i guaritori furono registrati nei loro comuni di appartenenza dagli infermieri responsabili delle strutture sanitarie comunali che li aiutarono a redigere la domanda di adesione all’Associazione di traditerapeuti, traducendo in francese il nome delle patologie che essi erano in grado di trattare. Tale circostanza porta con sé una difficoltà non di poco conto: l’infermiere traducendo la descrizione dell’attività del guaritore nel lessico medico, introduce

«una grave distorsione nei concetti che vengono ad essere soffocati nel vocabolario nel quale vengono tradotti. Privo della formazione adeguata, l’infermiere, non riesce a precisare il campo semantico esatto dei termini che interpreta; egli descrive le “specializzazioni” del guaritore nei termini improntati alla medicina moderna. Tali termini implicano una concezione dell’eziologia delle malattie, della fisiopatologia, della modalità di diagnosi molto diversa dai concetti utilizzati dal guaritore. A volte l’infermiere è cosciente di tale difficoltà e traduce letteralmente l’espressione che gli viene fornita, non cercando di capire di quale malattia si tratta. Così, ad esempio, nel rapporto indirizzato al medico capo del distretto rurale di Djougou figura a volte una “malattia del rospo” non identificata»¹⁷⁴.

¹⁷² Decreto n. 86-89 del 3 marzo 1986, citato in J. Benoist, *Médecine traditionnelle et médecine moderne en République populaire du Bénin*, in «Ecologie Humaine», vol. VII, (1989) 1, pp. 84-89, ivi, p. 86 (trad. mia).

¹⁷³ *Politique Nationale de la Médecine Traditionnelle au Bénin*, cit., p. 9.

¹⁷⁴ J. Benoist, *Médecine traditionnelle et médecine moderne en République populaire du Bénin*, cit., p. 87.

Nella maggior parte dei casi si utilizza, però, il linguaggio della biomedicina e l'equivoco viene trasmesso, sino al vertice della gerarchia. Il Registro Nazionale dei guaritori, infatti, conosce prevalentemente “specializzazioni” definite nei termini della medicina moderna, eccetto rare eccezioni. La terminologia impiegata crea degli equivoci dannosi, poiché la stessa parola (ernia, diabete, epilessia) rimanda ad un significato diverso se è impiegato dalla medicina moderna o da quella tradizionale, dando «un'illusione di identità». «Tale modo di procedere riflette come i concetti e le classificazioni tradizionali vengono occultate proprio quando, al contrario, si crede di tenerne conto»¹⁷⁵.

A ben vedere, la distorsione di cui è vittima la medicina tradizionale risente di una serie di errati pregiudizi: anzitutto la si considera come un insieme autonomo e disgiunto dalla medicina moderna, mentre essa si dispone senza difficoltà all'accoglienza di quest'ultima; la si presenta come unitaria, mentre è diversificata in dottrine e pratiche che hanno dei riferimenti simbolici molto differenti gli uni dagli altri; se ne parla come di una “medicina”, insistendo sulle sue dimensioni tecniche e trascurando l'intrinseco riferimento al dominio religioso-sovrannaturale e all'ordine sociale.

Ciononostante l'opera di integrazione tra medicina moderna e tradizionale in Bénin fu intrapresa con prontezza e perpetrata anzitutto favorendo l'inserimento di operatori sanitari occidentali nei villaggi rurali del Paese. Costoro, tuttavia, nonostante avessero ricevuto il compito di disporsi alla conoscenza delle pratiche tradizionali e di cercare una via di interscambio con la cultura di cui essi dovevano farsi divulgatori, si limitarono nei fatti a trasmettere – rinunciando alla bidirezionalità dell'ufficio al quale erano stati chiamati – i rudimenti dell'assistenza sanitaria di base ai guaritori ed alle donne addette al ruolo di ostetriche¹⁷⁶. Del resto a tutt'oggi i medici di formazione occidentale spesso giudicano la loro pratica incomparabile con quella dei guaritori e, se si dicono disposti a lavorare con gli *herbalisti*, ovvero con i terapeuti tradizionali che operano attraverso manipolazioni del corpo o

¹⁷⁵Ibidem.

¹⁷⁶ Dozon riporta l'esempio della provincia del Borgou, situata al nord del Bénin: «La scelta e l'insediamento di agenti sanitari di villaggio occupa già abbastanza gli operatori che dunque non si peritano di disturbare i traditerapeuti, i quali a loro volta evidentemente non si precipitano ad apportare il loro contributo a queste strategie di prima linea. Solo in alcuni luoghi delle mammane sembrano integrate alle unità sanitarie di villaggio. (...) L'inserimento delle mammane costituisce per il momento uno dei rari esempi di possibile associazione della medicina tradizionale con la medicina moderna. Ma si converrà facilmente sul fatto che si tratta più di controllare uno stato di fatto (non si vede come, a meno di moltiplicare i reparti di maternità in ambiente rurale, chi altri se non le mammane possano far partorire) per migliorare le condizioni d'igiene delle pratiche del parto (e diminuire così la mortalità natale), che di valorizzare la medicina tradizionale in quanto tale». J.-P. Dozon, *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, cit., p. 47.

medicamenti ricavati da sostanze vegetali¹⁷⁷, hanno più difficoltà ad accettare una collaborazione con i terapeuti che agiscono in stato di possessione o in virtù del contatto con forze spirituali. Peraltro l'interazione tra medicina di stampo occidentale e tradizione erboristica è favorita dalla circostanza che i metodi fitoterapeutici sono sottoponibili ad un controllo di tipo scientifico, tanto sul genere di sostanze impiegate quanto sulla somministrazione delle stesse.

L'integrazione tra medicina tradizionale e moderna in Bénin, invero, non si limitò soltanto all'azione dei medici nelle comunità tribali, ma prevede anche un'inclusione dei terapeuti tradizionali, in forma perlopiù volontaria, nelle strutture sanitarie ufficiali ove non solo essi avrebbero potuto continuare ad apprendere nozioni di prevenzione ed igiene da diffondere nei villaggi, ma avrebbero anche esercitato la loro arte offrendo prestazioni di cura. Difatti in alcuni ospedali locali, come nell'Ospedale centrale della provincia del Borgou, nel 1984 furono insediati guaritori volontari, selezionati dai medici beninesi, per mettere le loro competenze a disposizione dei pazienti ai quali avrebbero potuto essere somministrate cure tradizionali sotto il controllo dei medici dell'ospedale. Tuttavia l'esperienza si rivelò complessivamente fallimentare, giacché solo due anni dopo era rimasto soltanto un guaritore ad offrire le sue consultazioni gratuite nell'ospedale, con la speranza di essere incluso in via ufficiale nel gruppo medico¹⁷⁸.

Il caso beninese rende immediatamente manifesto uno dei problemi di fondo – forse il più dirimente – dei progetti di integrazione tra medicina tradizionale e moderna, ovvero quello relativo al ruolo assegnato ai guaritori, perlopiù approssimabile a quello di un aiuto infermiere o del personale paramedico, a tutt'oggi carente in Bénin, piuttosto che a quello di un terapeuta cui viene riconosciuto il possesso di un sapere efficace ed autonomo¹⁷⁹. Il personale medico convenzionale mostra, infatti, una certa diffidenza nei confronti dei terapeuti tradizionali, ascrivibile alla difficoltà di accettare pratiche mediche non ortodosse; presupposto questo che, come visto, ha anche una certa legittimazione storica, tendendo a voler conservare, almeno a livello di riconoscimento ufficiale, l'esclusiva nel campo terapeutico. Dal che segue che la medicina tradizionale viene così a colmare il vuoto della medicina moderna, riducendosi ad una assistenza sanitaria di base con scopo prevalentemente

¹⁷⁷ R.H. Bannerman, *Il ruolo della medicina tradizionale nell'assistenza sanitaria di base*, in OMS, *Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema medico sanitario*, Como, 1984, 344-358 (ed. originale WHO, *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, WHO, Geneva, 1984).

¹⁷⁸ J.-P. Dozon, *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, cit., pp. 47-48.

¹⁷⁹ Cfr. su ciò E.C. Green, *Can collaborate proper between biomedical and African indigenous health practitioners succeed*, in *Social Science and Medicine*, XXVII (1988) 11, pp. 1125-1130; D. Landy, *Role adaption: traditional curers under the impact of Western medicine*, in «American Ethnologist», I (1974) 1, pp. 103-127.

divulgativo dei principi di igiene e dell'importanza dei vaccini, il che ha certo i suoi vantaggi, ma non rende conto di tutto ciò che essa di per sé rappresenta.

Rispetto a tale atteggiamento i guaritori tradizionali in alcune circostanze sono restii ad accettare il ruolo subalterno che gli si vuole imporre e mostrano un disinteresse o un rifiuto nei riguardi di possibili collaborazioni con la medicina moderna, in altri casi manifestano una chiara volontà di cooperare. Del resto il riconoscimento istituzionale e l'inserimento nella struttura medica ufficiale possono comportare non solo un aumento del prestigio sociale e, a volte, vantaggi di tipo economico, ma rispondono anche al desiderio dei guaritori di migliorare le proprie competenze, attraverso l'acquisizione di saperi nuovi¹⁸⁰.

Non si può, infatti, disconoscere che attorno alla salute si intessano strategie complesse che coinvolgono scelte individuali, politiche e culturali: il processo di professionalizzazione della medicina indigena comporta una rinegoziazione dei ruoli sociali, una ridefinizione delle gerarchie alla quale i quadri dirigenti della sanità ufficiale non sempre sono pronti¹⁸¹.

Tuttavia, come detto, il fatto che oltre l'80% della popolazione beninese ancora si rivolga alla medicina tradizionale e che effettivamente talvolta si riscontri un reale vantaggio nel ricorso alla farmacopea tradizionale per la cura di alcune malattie (malaria, infezioni intestinali, ipertensione arteriosa, infezioni respiratorie etc.), non consente di trascurare la questione. Per tali ragioni il governo beninese è tornato a più riprese sul tema dell'interazione tra medicina tradizionale e moderna che da poco più di vent'anni ha iniziato ad avere una dimensione maggiormente strutturata: in «Bénin, dopo essere stata per lungo tempo un problema esclusivo dei ricercatori, la medicina tradizionale è divenuta componente centrale della politica sanitaria a partire dal 1990»¹⁸².

Difatti nel 1996 il Ministero della salute beninese ha istituito un *Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles* (PNPMT) il quale si propone anzitutto di inquadrare giuridicamente i Professionisti (*practiciens*) della Medicina Tradizionale, di rafforzare le loro conoscenze tecniche e di aggiornare la farmacopea nazionale tradizionale, proponendo una più concreta integrazione della medicina tradizionale nel sistema sanitario ufficiale. Tuttavia, per attendere tali finalità, si è inteso che bisognasse aggirare gli ostacoli

¹⁸⁰ Durante l'intervista condotta l'ex ministro della salute beninese rileva, infatti, la disponibilità dei guaritori tradizionali ad essere integrati nel sistema sanitario ufficiale che, pur non riconoscendogli l'ufficio loro proprio, li incardina in un ospedale e garantisce loro un impiego, *infra*, p. 411: «C- I guaritori sono disponibili all'integrazione con la medicina moderna. I - Sì che perché negli Ospedali si crea un posto di lavoro ufficiale per loro, gli si fa un contratto e vengono sistemati nelle sale di consultazione, dove essi scrivono delle ricette per trattare le malattie. La maggior parte sono molto collaborativi».

¹⁸¹ M. Last- G.L. Chavunduka (ed. by), *The professionalization of African medicine*, Manchester University Press, Manchester and Dover, 1986.

¹⁸² *Politique Nationale de la Médecine Traditionnelle au Bénin*, cit., p. 7.

che sino a quel momento avevano impedito il raggiungimento di una piena integrazione tra le due forme di medicina.

Dapprincipio è stato posto all'attenzione il problema di superare uno dei più dirimenti dilemmi della medicina tradizionale, ovvero l'incapacità dei guaritori di riferire la posologia e le dosi di somministrazione dei loro medicinali che, se non controllate, espongono la vita dei pazienti a rischi che possono rivelarsi fatali¹⁸³. Del resto, nella Risoluzione 40.33 del 1987, l'Assemblea Mondiale della Sanità chiese agli Stati membri di «assicurare il controllo della qualità dei medicinali derivati dai rimedi tradizionali a base di piante, utilizzando a tale scopo le tecniche moderne e applicando le norme appropriate e le buone pratiche di fabbricazione»¹⁸⁴. Sicché si è prevista la costruzione di unità di cura della Medicina Tradizionale in tutti i Dipartimenti e l'istallazione di giardini di piante medicinali nelle circoscrizioni amministrative (sinora sono 35) ove, con la collaborazione di scienziati, chimici e biologi, si possano individuare i principi terapeutici delle piante al fine di determinarne il limite di somministrazione. Le ricerche iniziano con l'inventario delle piante medicinali utilizzate per il trattamento delle malattie su tutto il territorio nazionale, raccolte in una banca dati di piante medicinali che mette capo ad una “*Lista nazionale delle piante medicinali*”. Si procede poi alla realizzazione di protocolli relativi agli studi clinici in materia di valutazione dei farmaci tradizionali e si definiscono le norme standard per la preparazione di detti farmaci con l'obiettivo di giungere ad un'omologazione dei farmaci tradizionali che assicuri una disponibilità di farmaci di buona qualità e al minor costo possibile¹⁸⁵. Si potrà così rendere possibile «la produzione in quantità commerciale dei medicinali tradizionali standardizzati,

¹⁸³ Intervista a Olivier Salmon: «Tutto questo non si può trovare nell'Africa nera perché qui non ci sono i mezzi che abbiamo noi per fabbricare i medicinali né per individuare il principio attivo di una determinata pianta: loro vanno a tentativi, provano, talvolta funzionano, talaltra no. Ad esempio quando io sono arrivato qui, dopo tre mesi ho contratto l'epatite virale, sapevo di non avere medicinali, quindi mi sono rivolto anche io ad un medico tradizionale: mi ha dato una specie di salsa che dovevo prendere per dieci giorni. Non ha avuto alcun effetto. Ce ne sono altri che propongono delle tisane fatte con delle radici che prendono tutti adulti e neonati ad esempio per calmare i dolori addominali, ma possono avere un effetto drammatico, come condurre all'insufficienza renale, dei blocchi intestinali. Il problema è che loro non conoscono le dosi di tali medicinali, si tratta di una medicina empirica che noi abbiamo superato già da molto: noi abbiamo registi diagnostici con tutte le indicazioni, le posologie, è questo che i medici di qui devono apprendere, le dosi, le implicazioni, etc., questa è per me la medicina di oggi e del domani. Potete domandare anche a Suor Clarissa che si occupa qui dei neonati: quando un neonato non sta bene qui usano dargli delle tisane che possono causare delle perforazioni. Abbiamo operato qui a Zinvié molti casi del genere di neonati con perforazioni causate dalle tisane, quindi in definitiva il mio giudizio sulla medicina tradizionale è negativo». *Infra*, p. 497.

¹⁸⁴ AMS/WHA, *Traditional Medicine*, Fortieth World Assembly 40.33, Geneva, 4-15 May: <http://www.searo.who.int/entity/medicines/topics/wha4033.pdf?ua=1> (ultima visualizzazione dicembre 2016).

¹⁸⁵ *La Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle au Bénin*, cit., pp. 4-9.

nella prospettiva di integrazione della medicina tradizionale nel sistema sanitario nazionale»¹⁸⁶. Come riferisce un'intervistata:

«per quanto riguarda i Centri, quelli che si trovano in città fanno delle ricerche sulle piante che comportano degli studi non solo riconosciuti a livello nazionale, ma anche internazionale. Sono studi che indicano la posologia di alcuni medicinali tradizionali, studiano i principi attivi delle piante etc. Se sono studi validi il Ministero li autorizza ed è un po' come un'industria di piante naturali, ma non possono essere messe in commercio se lo Stato o il Ministero non è sicuro al 100% che siano delle cure naturali efficaci: lo stato non accetta prodotti o medicinali non naturali né di efficacia dimostrata. Se ci sono persone che fanno dei prodotti non dimostrati, magari sono efficaci, ma non sono riconosciuti, così se conducono qualcuno alla morte non è responsabilità dello Stato»¹⁸⁷.

Il vero problema, tuttavia, si struttura a partire da quella sopraccennata diffidenza all'interazione manifestata sia dai guaritori che dai medici moderni¹⁸⁸ che induce i primi a voler custodire segretamente le proprie ricette dei medicinali tradizionali ed i secondi a chiudersi rispetto a forme terapeutiche alle quali non credono (o di cui spesso temono il potere mistico), ma che cercano di controllare, talvolta approfittando del sapere fitoterapeutico tradizionale. Difatti le conoscenze dei guaritori «in particolare in materia di fitoterapia, hanno un forte potenziale economico per la medicina moderna che è alla costante ricerca di nuovi trattamenti. I laboratori farmaceutici sono molto coscienti di ciò e del fatto che numerosi rimedi moderni sono stati scoperti molto prima dai guaritori. (...) Tale esaurimento delle risorse tradizionali dai ricercatori occidentali (talvolta qualificato come “bio-pirateria”) ha

¹⁸⁶ Sono le parole di Issifou Takpara, Ministro della salute del Benin nel 2009, che apre così il *Protocole de prise en charge du paludisme basé sur les pratiques traditionnelles efficaces au Bénin* (Cotonou, Septembre 2009) che rientra nel PNPM (trad. mia).

¹⁸⁷ Cfr. intervista a Mme Gras, *infra*, p. 494.

¹⁸⁸ Intervista a Gongo, *infra*, :«I- C'è una volontà da entrambe le parti, del medico e dei *guérisseurs*, di tenere distinti i propri ambiti, anche se i programmi ministeriali vorrebbero un accordo. Comunque il vero problema della medicina tradizionale è il fatto di non conoscere i dosaggi. C- E allora perché secondo lei ci sono tali difficoltà a trovare un accordo: infondo i medici moderni potrebbero trovare i dosaggi, e razionalizzare così la medicina tradizionale. Del resto anche molte medicine moderne hanno una base naturale, sono composte di piante, allora perché non creare una sinergia tra i due saperi? I- La medicina moderna si basa su una razionalità e una consequenzialità che quella tradizionale non ha: per la mentalità africana non è necessario che una medicina “funzioni”, può talvolta funzionare talaltra no, mentre per voi quando si prende un medicamento deve essere efficace necessariamente. Poi ci sono alcuni nostri preparati che sui bianchi non hanno alcun effetto o, invece, possono avere effetti devastanti e non terapeutici. In effetti i preparati sono *segreti* della famiglia. Alcuni preparati, non composti sempre da foglie, rendono anche immuni dall'assassinio: anche se qualcuno ti sparerà non morirai se hai messo il preparato sul tuo corpo o se lo hai bevuto. Ma sono cose che solo la mentalità africana può capire. Ci sono anche delle forme di anestesia preparate con medicinali tradizionali. C- Bene: ma se finisce l'anestetico in Ospedale nessuno consentirà che si faccia ricorso per le operazioni chirurgiche a quello tradizionale perché, come detto, c'è una forma di diffidenza da parte della medicina moderna nei riguardi di quella tradizionale. Ma anche quella tradizionale ha una reticenza a rivelare i suoi segreti? Dunque la chiusura è doppia? Sì, è così». *Infra*, p. 421.

creato una certa diffidenza tra i traditerapeuti che custodiscono le loro ricette segrete, ma non hanno i mezzi per ottenere i brevetti»¹⁸⁹.

Per evitare di incorrere in tali concreti rischi un altro fondamentale obiettivo del Programma Nazionale della Farmacopea e della Medicina Tradizionale è quello di rafforzare il quadro giuridico dell'esercizio della medicina tradizionale che passa attraverso la definizione di un codice di deontologia che, con l'obiettivo di migliorare la collaborazione tra i professionisti della medicina convenzionale e i *traditerapeuti*, si fa garante della protezione delle conoscenze indigene e dei *diritti di proprietà intellettuale*. Nel 2001, infatti, è stato adottato il Decreto 2001-036 (15 febbraio 2001) nel quale vengono fissati i principi di deontologia e le condizioni di esercizio della medicina tradizionale nella Repubblica del Bénin. Tale decreto ha permesso di adottare nel 2002 la politica di promozione e di integrazione della farmacopea e della medicina tradizionali nel sistema sanitario nazionale e, sul piano legislativo, è stato reso disponibile un decreto interministeriale per regolamentare la divulgazione della farmacopea e della medicina tradizionale in Bénin¹⁹⁰.

Inoltre va rilevato che non solo i guaritori temono di venire svantaggiati dall'integrazione, ma anche i medici moderni temono di essere aggirati a loro volta dai millantatori di cure ancora non disponibili. È infatti molto diffusa l'idea che i guaritori tradizionali siano in grado di curare malattie come l'HIV¹⁹¹:

«Alcuni guaritori pretendono di curare le malattie per le quali la medicina moderna non offre delle cure, come il cancro e l'HIV. Se è riconosciuto che alcuni trattamenti naturali curano le malattie collaterali che si presentano in pazienti sieropositivi, una guarigione del virus non è mai stata provata scientificamente. Ma per il guaritore, l'esperienza empirica – il paziente si sente sollevato e non presenta più alcun segno della malattia – basta come prova dell'efficacia dei trattamenti tradizionali, anche se la malattia non è completamente eliminata da un punto di vista biologico (...). Se è visibile che alcune piante tradizionali abbiano degli effetti immunostimolanti, il rischio è quindi di dare false speranze e di ritardare il loro ricorso ai medicinali antiretrovirali. In alcuni casi, è il traditerapeuta stesso che è il vettore della malattia attraverso ad esempio l'utilizzo di utensili non sterili e l'esposizione diretta al sangue di pazienti diversi. Delle sensibilizzazioni su tali rischi sono dunque necessarie sia tra i guaritori che a livello della popolazione. Nel 2010 il Ministero della Salute beninese ha formato quasi due terzi dei traditerapeuti del Paese sull'HIV e

¹⁸⁹ A. Dresse- D. De Baeremaeker, *Amawato. Le marché de la santé au pays du vaudou*, cit., p. 35.

¹⁹⁰ Si tratta del decreto 9960/MSP/DC/SGM/DPED/C-PMT/SA del 03 novembre 2004 firmato dal Ministro della Salute e dal Ministro (MS) della Comunicazione e della Promozione delle Tecnologie Nuove (MCPTN). Ivi, p. 6.

¹⁹¹ Intervista a Mme Gras: «I-Inizialmente bisogna dire che l'influenza della medicina occidentale si scontra con il forte radicamento della medicina tradizionale e la sua efficacia: un guaritore può curare l'HIV, ad esempio, con le piante. (...) Ci sono una serie molteplice di malattie che la medicina occidentale non riesce a guarire, mentre quella tradizionale talvolta sì, perché ha moltissime piante». *Infra*, p. 494.

la malaria e ha realizzato per loro un manuale sulla presa in carico dell'HIV e le infezioni sessualmente trasmissibili»¹⁹².

Evidentemente bisogna ben guardarsi dai ciarlatani, come anche dai guaritori che, ostinandosi in cure non sempre efficaci, possono causare dei ritardi nel ricorso alle cure moderne i quali, in alcuni casi, possono rivelarsi fatali. A tale scopo il PNPMT ha inteso la necessità di una formazione dei traditerapeuti in tema di prevenzione, diagnosi e trattamento di alcune malattie frequenti, come l'HIV¹⁹³ e la malaria¹⁹⁴. Tale formazione, muovendo da una razionalizzazione e un consolidamento dei loro saperi tradizionali e delle pratiche tradizionali *efficaci*, consentirà ai terapeuti di avere un ruolo più concreto nella lotta contro le malattie e di assicurare una maggiore copertura sanitaria alla popolazione beninese. In ossequio a tale proponimento del Programma, sono stati formati circa 3.500 terapeuti tradizionali su tutto il territorio nazionale dal 2003 al 2009¹⁹⁵. Come spiega il prof. Roch Hognihin, Coordinatore del PNPMT:

¹⁹² A. Dresse- D. De Baeremaeker, *Amawato. Le marché de la santé au pays du vaudou*, cit., pp. 41-42 (trad. mia).

¹⁹³ Cfr. République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction des Pharmacies et du Médicament, Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle, *Protocole de prise en charge des IST et du VIH/Sida basé sur les pratiques traditionnelles efficaces au Bénin*, Cotonou, Dicembre 2009. Tale documento «definisce le norme e le procedure e precisa i livelli accettabili di competenza dei differenti attori nella presa in carico degli IST e delle malattie collaterali dell'HIV. Si tratta di uno strumento di lavoro la cui volgarizzazione permetterà di soddisfare a un'esigenza di qualità sulle pratiche tradizionali efficaci, contribuendo ad una maggiore coordinazione degli interventi», ivi, p. 2 (trad. mia). Cfr. anche République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction des pharmacies et du Médicament, Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles, *Manuel de formation (A l'usage du Praticien de la Médecine Traditionnelle), Prise en charge des IST et du VIH-SIDA au Bénin*, Juillet 2007; République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction de la Recherche et de la Formation, PNPMT- Secrétariat Permanent du Comité National del lutte contre le VIH-Sida, Projet d'Appui à la lutte contre le Sida/ Banque Africaine de Développement, *Monographie de cent (100) plantes utilisées en Médecine Traditionnelle pour la prévention et le traitement des affections opportunistes du VIH/Sida au Bénin*, Aout 2013.

¹⁹⁴ Cfr. République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction des pharmacies et du Médicament, Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles, *Protocole de Prise en charge du paludisme basé sur les pratiques traditionnelles efficaces au Bénin*, Cotonou, Septembre 2009: «Il protocollo di presa in carico della malaria basato sulle pratiche tradizionali efficaci consentirà ai *Praticiens* della Medicina Tradizionale di giocare un ruolo più significativo nella lotta contro la malaria» Ivi, p. 5 (trad. mia). Cfr. Anche République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé Publique, Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles, *Monographie des plantes utilisés en Médecine Traditionnelle pour la prévention et le traitement du paludisme*, tome I-IV, Mars 2012.

¹⁹⁵ Con l'appoggio tecnico e finanziario dell'OMS e del *Programme National de Lutte contre le Paludisme* (PNLP) tale attività di formazione sulla malaria dei terapeuti tradizionali si giustifica sulla base del fatto che il trattamento della malaria si fa nell'80 % dei casi a domicilio e la maggior parte dei decessi sono registrati nella comunità. Con lo scopo di ridurre la mortalità e la morbidità soprattutto infantile molto alta rispetto a tale malattia il PNPMT ha intrapreso la formazione dei terapeuti tradizionali per il trattamento della febbre a domicilio. L'obiettivo è di rinforzare le capacità delle persone nell'ottica di una collaborazione con i centri di salute come riferimento dei casi gravi di malaria. Gli elementi di successo portano alla mobilitazione dei guaritori che giocano un ruolo nodale mettendo le competenze acquisite a loro servizio e a servizio della comunità. Ripartiti tra tutti i dipartimenti del Bénin sono stati formati sulla malaria 3500 terapeuti. La formazione sulla malaria è completata con il rafforzamento delle capacità dei guaritori rispetto al trattamento dell'HIV. Quest'attività è iniziata con la creazione di un pool di 47 formatori nazionali che, a turno, hanno formato 3147 terapeuti tradizionali dal 2006 al 2009. Cfr. *La Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle au Bénin*, cit., pp. 7-8.

«[i guaritori] in particolare sono orientati dal Ministero alla sensibilizzazione della popolazione all'utilizzo della vaccinazione. Loro, infondo, hanno un potere politico molto importante giacché se dicono una cosa al loro gruppo di appartenenza tutti li seguiranno. Riescono ad aggirare le resistenze della popolazione: se il guaritore rifiuta i vaccini nessuno vaccinerà i propri figli, li nasconderanno nella foresta per non farli vaccinare, ma se loro si persuadono dell'opportunità del rimedio allora tutti lo faranno. Inoltre si cerca di formare i guaritori a intendere i primi segni delle malattie: ad esempio la tubercolosi, se loro sono in grado di individuarla per tempo e chiamare immediatamente i medici moderni la malattia potrà essere trattata per tempo. Questa è una forma di collaborazione tra la medicina tradizionale e moderna. Anche per la pianificazione familiare per distanziare le gravidanze i guaritori hanno un ruolo fondamentale: essi, infatti, sono formati a sensibilizzare i loro gruppi su tale questione. Inoltre li formiamo sui concetti di igiene: quando fanno le scarificazioni, le incisioni devono utilizzare una lama per ciascuna persona, altrimenti aumenta il rischio di trasmettere patologie come l'HIV. Abbiamo loro insegnato anche a riconoscere i segni della malaria avanzata: quando ad esempio il bambino ha delle convulsioni o ha episodi di letargia, lui non può trattarla quando è grave, deve rivolgersi ai centri di salute»¹⁹⁶.

Lo scopo principale del Programma Ministeriale è, dunque, quello di riconoscere la medicina tradizionale, ma di potenziarla: ciò è stato ritenuto possibile solo individuando dei rappresentanti dei guaritori che potessero contribuire a individuare delle linee strategiche comuni della cura tradizionale e disporre così una collaborazione strutturata con il sistema sanitario ufficiale. Le parole dell'ex Ministro della Salute D. A. Kinde Gazard intervistato definiscono i termini della questione:

« I - Dal 2006 è stata organizzata la medicina tradizionale in Bénin. Nelle comunità sono stati individuati tutti coloro che sono i responsabili della medicina tradizionale, giacché sono molto conosciuti. Essi hanno individuato un loro rappresentante a livello comunale, distrettuale, dipartimentale fino al livello nazionale, ovvero del Ministero della salute. Ora c'è un'equipe dirigente al Ministero della salute, perché abbiamo creato al Ministero un programma di promozione della farmacopea e della medicina tradizionale con un enorme corpo di volontari che cercano di formarli. Ma nella maggior parte dei casi si tratta di persone che non hanno molta istruzione, pertanto bisogna progressivamente rivolgersi a loro e convincerli ad avere l'approvazione scientifica. La prima cosa è che ci sono moltissimi rimedi: i malati per questo si rivolgono ai guaritori tradizionali. Quando una persona si ammala nelle tribù questa si rivolge dapprima ai guaritori tradizionali. Almeno l'80 % della popolazione dei villaggi si rivolge ai guaritori, questo è il primo riflesso; solo quando un guaritore non trova la soluzione ci si rivolge all'Ospedale. Ma questo fenomeno è in continuo cambiamento: si cambia, si progredisce e sempre più sorgono dei Centri di salute nei villaggi. Dunque sempre più ci si rivolge ai Centri di salute presenti nei villaggi: al momento circa il 35 % della popolazione dei villaggi si rivolge ai Centri di salute. Questo vuol dire che la medicina tradizionale continua ad avere un peso estremamente rilevante, ma l'Organizzazione che noi in quanto Ministero della salute abbiamo messo su

¹⁹⁶ Cfr. Intervista al prof. Roch Hougnihin, che è anche il supervisore del presente lavoro, *infra*, p. 488.

comporta che ci sia un'equipe nazionale che dirige i guaritori tradizionali nel nostro Paese. Abbiamo con ciò cercato di avere un gruppo nazionale di guaritori tradizionali. Abbiamo deciso di fidelizzarli dando loro una sistematizzazione. Ma sul piano etico chiediamo di condividere i loro rimedi. Ad esempio per quanto concerne la malaria: non chiediamo loro di svelarci i loro rimedi, o di dirci la composizione dell'unico rimedio efficace, ma di prendere le piante e di recarsi al laboratorio di scienze, così da individuare la composizione chimica della pianta. Al momento siamo riusciti ad ottenerlo. I guaritori tradizionali accettano di fare l'analisi chimica delle piante per mostrarci la correttezza e fondatezza dei loro rimedi. Questa è una prima tappa per poter comprendere, per riscontrare il rilievo scientifico e ciò ci permetterà di capire se, effettivamente, c'è un'adeguazione tra ciò che essi asseriscono e quello che è il punto di vista della scienza. Ciò ci permetterà di accompagnarli per meglio organizzare questa medicina tradizionale e per poter mettere sul mercato, a disposizione della popolazione le piante tradizionali, ad esempio attraverso l'utilizzo di piante essiccate o le infusioni. È dunque in corso un processo di organizzazione scientifica della medicina tradizionale. Non siamo ancora ad un livello avanzato, ma non bisogna insistere: si tratta di una questione socioculturale, bisogna che essi accettino ciò che proponiamo loro»¹⁹⁷.

Il Ministro ha ben chiari i termini della questione: non è certo possibile pensare di fare a meno della medicina tradizionale. L'«attaccamento a tale medicina rileva che fa parte integrante del patrimonio socioculturale delle comunità africane; è una medicina di prossimità che si caratterizza per la diversità dei suoi mezzi terapeutici, la sua accessibilità e la sua accettabilità»¹⁹⁸ e, poi, è evidente che «in un contesto di risorse limitate, il bisogno di coinvolgere le esperienze acquisite in medicina tradizionale è una necessità per evitare la

¹⁹⁷ *Infra*, intervista all'ex ministro della salute D.A. Kinde Gazard, p. 409. Rispetto al rafforzamento delle attività di ricerca un'iniziativa importante è stata quella della realizzazione di uno *studio etnomedicale di identificazione dei prodotti tradizionali efficaci contro la malaria*. Tale studio ha permesso l'aggiornamento di un protocollo di ricerca approvato da tutti i partner, compreso il Programma Nazionale della Farmacopea e Medicina tradizionale, il Programma Nazionale di Lotta contro la Malaria (PNLP), l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Zona Sanitaria di Cotonou 4, i Terapeuti della Medicina Tradizionale, la Direzione della Farmacie e dei Farmaci e il Laboratorio Nazionale di Salute. Un sito realizzato ad Ahouansori-Agué ha fatto da cornice a questa ricerca sul test clinico di un prodotto a base di piante medicinali proposto dai terapeuti del Dipartimento di Littoral. Le attività hanno allo sviluppo di questo sito di ricerca con la costruzione di un locale ben equipaggiato, avente tre funzioni essenziali: la consultazione con i pazienti effettuata da un medico, i test di laboratorio per la conferma biologica della malaria e preparazione di prodotti da parte dei terapeuti tradizionali. È stata così istituita un'equipe pluridisciplinare permanente, composta da un medico, due infermieri e tre tecnici di laboratorio. Tale ricerca, prima nel suo genere in Bénin, si basa sulla necessità di valutare la sicurezza, l'efficacia e la qualità delle preparazioni tradizionali a base di erbe utilizzate nel trattamento della malaria. La priorità è stata data alla lotta contro questa malattia perché essa costituisce la prima causa di consultazione e ospedalizzazione in Bénin: il 37% delle cause di ricorso alle cure nelle strutture sanitarie nel 2005. I lavori di ricerca pratici sono iniziati, sul sito di Ahouansori-Agué il 1 novembre 2005, nonostante siano stati preceduti da una fase preparatoria di qualche mese. In totale sono stati ricevuti 678 pazienti che presentavano una sindrome infettiva, 62 con malaria semplice (si tratta di casi con una densità parassitaria che varia tra i 400 HP/mm³ e i 42.400 HP/mm³). Il risultato principale ottenuto è che tutti i pazienti trattati con il prodotto tradizionale proposto hanno visto la densità parassitaria negativa al settimo giorno, con la sola eccezione di due casi. Allo stesso modo, in tutti i pazienti trattati, gli esami clinici hanno rilevato che non vi era alcuna ripercussione renale o epatica del prodotto. Allo stesso modo non si sono riscontrate modificazioni deleterie dell'emocromo. *La Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle au Bénin*, cit., pp. 11-12.

¹⁹⁸ *Politique Nationale de la Médecine Traditionnelle au Bénin*, cit., p. 7.

distruzione del tessuto sociale, dei sistemi di relazione e delle credenze»¹⁹⁹ sicché si rende necessario riflettere ancora sulla possibilità di «stabilire un ponte tra i sistemi di salute detti tradizionali e convenzionali e ottimizzare l'apporto potenziale della medicina tradizionale per rispondere all'ampiezza dei bisogni in materia di cure, sostegno e prevenzione»²⁰⁰.

Ciononostante a tutt'oggi si registra ancora una grande differenza ermeneutica tra i termini *integrazione* ed *interazione* che porta la prima ad essere considerata come un forzoso inserimento di un modello insicuro all'interno di una struttura acclarata, mentre solo la seconda sembra implicare una reciprocità tra due metodologie equivalenti, quando, invero, l'obiettivo è che i due termini possano camminare insieme prevedendo la ricomprensione nel sistema ufficiale di una strategia terapeutica non inferiore.

È fuor di dubbio l'opportunità del Programma ministeriale che assume l'oneroso compito di incoraggiare una cooperazione tra le due forme terapeutiche e rafforzare il modello tradizionale in modo da garantire un accesso a delle cure di qualità per tutta la popolazione che eviti rischi per i malati o ritardi nelle cure che possono rivelarsi fatali. Bisogna, però, ben chiarire le problematicità celantisi entro la strategia intrapresa onde evitare il ripeterarsi di prevaricazioni memori del passato coloniale.

A ben vedere, infatti, l'interessamento dello Stato nei riguardi della medicina tradizionale, limitandosi ad un semplice esame delle tecniche terapeutiche, allo studio della farmacopea indigena, si mostra incapace di cogliere in tutta la sua pienezza l'idea che sorregge il modello della medicina tradizionale e che determina quindi il suo successo: l'unitarietà della cosmogonia africana, l'interpretazione della malattia come determinazione sociale o metafisica e non esclusivamente fisiologica, la partecipazione attiva della comunità alla malattia dell'individuo e alla sua risoluzione terapeutica. Si tratta di un modo di intendere l'atto terapeutico con una valenza differente rispetto a quella dell'individualismo occidentale oggettivante, che non si limita alla soggettività dei pazienti né ripone una fiducia acritica nei farmaci e nelle tecniche. «Insomma anche nel caso dell'approccio al mondo tradizionale africano ciò che è propositivo e innovativo rischia di essere recuperato in una ottica tecnocratica, che tende a trasformare le contraddizioni del sociale in problemi medici piuttosto che portare il sociale in medicina. Ciò che è innovativo rischia di essere diluito e soffocato nel tentativo di una farraginosa opera di mediazione e di compromessi»²⁰¹.

¹⁹⁹ R. A. Hounghinin, Coordonnateur du Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles, in *Politique Nationale de la Médecine Traditionnelle au Bénin*, cit., p. 3.

²⁰⁰ Ibidem.

²⁰¹ E. Venturini – S. Atti, *Per una politica di salute mentale: il ruolo svolto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in Africa*, cit., pp. 386-387.

Ciò alimenta dei dubbi sull'effettiva perseguibilità del Programma ministeriale, giacché non solo, come detto, questo si limita alla considerazione della farmacopea tradizionale naturale, disconoscendo il senso complessivo della medicina indigena, ma viene ad essere una ricerca scientifica sui prodotti fitoterapeutici che resta entro le mura dei centri di ricerca, non interessando effettivamente il sistema sanitario né la popolazione e continuando ad essere, tra l'altro, dipendente dai paesi finanziatori. Il che, del resto, viene riconosciuto dallo stesso Ministero della salute il quale elenca a margine come debolezze e mancanze della perseguita integrazione: «debole volgarizzazione delle ricerche; integrazione non ancora effettiva della medicina tradizionale nel sistema sanitario beninese; non disponibilità di terreni per adibire i giardini di piante medicinali nei comuni del Bénin; una forte dipendenza del PNPMT dai partner stranieri; etc.»²⁰².

Tali lacune, invero, alimentano l'urgenza di ridiscutere il concetto stesso di *integrazione* giacché, avvolto com'è da stereotipi e pregiudizi, risulta operativamente impraticabile.

4. Modernità e tradizione in medicina: una difficile integrazione

Al fine di perimetrare la questione del rapporto tra medicina tradizionale e medicina moderna si rende ora necessaria una riflessione su quest'ultima, sulla sua più tangibile (che non vuol dire esclusiva) efficacia terapeutica e, più in generale, sull'avanzamento della scienza che certamente deve essere promosso ed i cui risultati devono essere fruibili per tutti i popoli, senza, però, pagare il prezzo della rinuncia alla tradizione.

Il dilemma sorge, appunto, nell'intersezione tra tradizione e modernità, cultura e scienza, identità soggettiva e razionalità oggettivata, ovvero allorché si mettono in atto tentativi di rendere compatibili due universi di senso estranei, ma forse non comunicabili, e ci si imbatte nell'errore di soffocare il particolare nell'atto di sussumerlo entro l'universale. Ciò evidentemente si verifica quando la medicina moderna, arrogandosi presuntivamente il primato razionale e morale in relazione alle strategie di cura, ovvero presentandosi come unica detentrica del "vero" e del "giusto" sapere medico, impone il suo intervento coatto, incurante delle tradizioni terapeutiche o quando si mostra disponibile a collaborazioni non sempre chiare e perlopiù dubbie.

²⁰² *Manuel d'initiation des professionnels de la santé aux systèmes d'éducation et de transmission du savoir en Médecine Traditionnelle au Bénin*, cit., pp. 73-74.

Come si legge dal Codice etico dei *Praticiens* della medicina tradizionale, redatto dal Ministero della Salute del Bénin, i guaritori devono tenersi distanti dalle pratiche della medicina convenzionale, non possono utilizzare strumenti tecnici moderni e non possono presentarsi come Dottori o Professori²⁰³. Dunque, espropriati dal carattere spirituale del loro ruolo tradizionale ed impossibilitati ad approssimarsi ad un ruolo moderno, restano in un limbo poco chiaro: tenuti a rivelare la composizione dei loro medicinali, ma non autorizzati ad apprendere e ad usarne di nuovi.

In effetti, a ben vedere, l'idea di razionalizzazione della medicina tradizionale passante attraverso lo studio delle piante medicinali di cui si avvalgono i guaritori, per quanto possa apparire un'autentica forma di apertura alla mentalità culturale e un'opportuna forma di integrazione, nei fatti poggia su un atteggiamento pregiudiziale: le pratiche tradizionali vengono infatti valutate e giudicate a partire da criteri scientifici occidentali, il che, oltre a ribadire il primato della scientificità occidentale, cela una perdurante volontà di controllo delle attività dei terapeuti tradizionali.

Tra l'altro è evidente che la netta ripartizione tra medicina tradizionale di carattere più erbalistico e quella più marcatamente afferente ad una sfera spirituale/sovranaturale è perlopiù artificiosa ed è un ulteriore tentativo forzoso di intendere la medicina tradizionale secondo criteri familiari alla mentalità moderna. I guaritori, infatti, si muovono tra i due ambiti, ricorrendo, a seconda dei casi, a pratiche erbalistiche o spirituali, ma anche le prime condividono lo stesso insieme simbolico di quelle spirituali ed è dunque difficile isolarne gli aspetti riducibili ad un'analisi scientifica, senza mutilarne l'orizzonte di senso in cui si muovono.

La medicina tradizionale, come detto, risponde ai sistemi culturali dai quali nasce e non limita la malattia al solo evento biologico (*disease*), ma la intende attraverso un approccio globale, olistico e, per questo, riesce a dare una risposta complessiva ad un disagio che è ad un tempo biologico, esistenziale, sociale e culturale²⁰⁴. «La cura è spesso data dalla

²⁰³ *Code d'éthique des praticiens de la médecine traditionnelle*: art. 31 «Astenersi dall'utilizzare il titolo di 'Dottore', di 'Professore' o ogni altro titolo della medicina convenzionale, direttamente o indirettamente, per far credere che essi sono dei professionisti della medicina convenzionale o ortodossa, salvo se questo è il caso»; art. 32 «Non utilizzare, portare o possedere uno stetoscopio o ogni altro strumento normalmente utilizzato unicamente dai professionisti della medicina convenzionale qualificati o dai dentisti, salvo se il professionista della medicina tradizionale ha beneficiato di una formazione certificata». Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé Publique, République du Bénin, PNPM, *Cadre réglementaire des praticiens, des pratiques de la médecine traditionnelle et des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle au Bénin*, Cotonou, Octobre 2013, p. 24 (trad. mia).

²⁰⁴ Per meglio chiarire questo aspetto ci viene incontro la ricchezza delle espressioni della lingua inglese che consente di esprimere il concetto di malattia con i sinonimi di *disease*, *illness* e *sickness*. A questa diversificazione l'antropologia medica ha assegnato differenti significati: *disease* rappresenta pertanto l'alterazione organica riconosciuta dai paradigmi scientifici della biomedicina, mentre l'*illness* è l'esperienza

ricostituzione dell'equilibrio tra dimensioni appartenenti a questi diversi livelli delle realtà, e il preparato erbalistico può acquistare valore e efficacia soltanto all'interno di un'interazione medico-paziente basata su presupposti di ordine simbolico, come possono essere ad esempio le pratiche di carattere magico-religioso»²⁰⁵.

Pertanto sino a questo momento, più che di integrazione reale tra i due modelli di medicina tradizionale e moderna, si è assistito ad un tentativo delle istituzioni sanitarie ufficiali di piegare i modelli ideologici e le pratiche terapeutiche tradizionali ai paradigmi scientifici, negando le configurazioni magico-religiose dei sistemi simbolici ai quali quelle pratiche sono strettamente legate. E ciò, come è evidente, mette in atto una vera e propria *riduzione* più che una valorizzazione dei saperi tradizionali.

Questo atteggiamento è certo figlio dell'imperialismo che, operando un controllo indiretto sulle élites politiche, è spina dorsale delle forme di neocolonialismo che appartengono alla nostra epoca. Nei fatti il processo di modernizzazione, avanzando inesorabile, si è espanso marginalizzando il sistema tradizionale il quale, per esistere, deve negarsi nella sua essenza complessiva e mostrare solo quel *quantum* che si dispone alla "normalizzazione" razionalizzante, il che non potrà che aprire alla progressiva scomparsa della tradizione.

Si destano, in tal modo, questioni diverse ed estremamente delicate: per un verso è evidente che la medicina moderna, essendo quella di cui è maggiormente comprovata l'efficacia, debba diffondersi senza limiti al fine di garantire a tutti il diritto alle cure mediche adeguate ed il diritto alla salute. Tuttavia affinché questi diritti siano garantiti bisognerebbe mettere ciascun individuo nelle condizioni di fruirne, il che vuol dire, dunque, rivedere i problemi dell'accesso alle cure e della gratuità del sistema sanitario, in Africa ancora drammaticamente insoluti. Tuttavia il fatto che non sia questionabile l'importanza della diffusione globale della biomedicina non implica che tale modernizzazione debba soffocare o snaturare la medicina tradizionale, non solo perché in ciò si esercita un atto di violenza nei confronti delle identità culturali che in essa si sostanziano, ma anche perché ciò vorrebbe dire disconoscere il valore non solo culturale, ma anche curativo delle pratiche tradizionali.

Difatti è noto che la deplorazione della medicina tradizionale dipende spesso più da prese di posizione ideologiche che da un effettivo confronto sistematico dei costi e dei

individuale dell'essere malati, ovvero la percezione personale di uno squilibrio del proprio benessere ed infine la *sickness* comprende ogni modalità di categorizzazione sociale della *disease* e dell'*illness*. Su ciò cfr. L. Eisenberg, *Disease and illness. Distinction between professional and popular ideas of sickness*, in «Culture, Medicine and Psychiatry», (1977) 1, pp. 9-23, ivi, 11; A. Young, *The anthropologies of illness and sickness*, in «Annual Review of Anthropology», (1982) 11, pp. 257-285, ivi, p. 265.

²⁰⁵ P. Schirripa- P. Vupliani, *Forme e pratiche del confronto tra sistemi medici*, in Aa. Vv., *L'ambulatorio del guaritore*, cit., pp. 7-39, ivi, p. 18.

vantaggi²⁰⁶, ma è evidente che la tradizione non può essere denigrata senza appello: non può vedersi ridotta a una raccolta di ricette empiriche avvolte da un discorso magico, né certo può essere assolutizzata e considerata un riferimento sanitario unico e bastevole. Del resto, quand'anche pure si volesse riconoscere che la medicina tradizionale ha una minore «superiorità strutturale» di quella moderna nel controllo delle malattie, non si può negare che essa ha una maggiore «forza funzionale»²⁰⁷, essendo molto più prossima alla popolazione, e non solo a quella rurale²⁰⁸. Il che si comprova con la circostanza surriferita che se le aspettative dei malati non sono soddisfatte dal personale sanitario moderno, essi si rivolgeranno, in seconda battuta o contestualmente, anche ai guaritori tradizionali, spesso in segreto²⁰⁹.

La medicina tradizionale resta, dunque, un riferimento imprescindibile, come ugualmente irrinunciabile è la medicina moderna, ma, appartenendo a registri talvolta speculari, sembra impossibile parlare di integrazione senza snaturare il primo sistema di cura o presentare il secondo come impositivo. Il problema reale è che non solo è complesso parlare di integrazione, ma probabilmente bisognerebbe anche domandarsi *se effettivamente sia auspicabile un'integrazione* considerato che essa mette a rischio l'identità della tradizione.

Difatti, atteso che integrazione non sempre vuol dire restituzione di dignità e valore alle tradizioni indigene, parrebbe opportuno anzitutto anelare ad una *cooperazione* tra due universi semantici che si fanno diversi, ma, ad un tempo, si riconoscono come complementari.

Ciò, invero, è auspicato anche dal guaritore intervistato:

²⁰⁶ Seppur non comprovato dalla scienza medica moderna la tradizione terapeutica africana ritiene di poter curare, come già accennato rispetto all'HIV, malattie di cui la medicina moderna non dispone dei trattamenti, si veda ad esempio il testo di un autore africano: «Oggi moriamo di povertà, perché, senza soldi, il medico cura raramente in maniera efficace. Fino a poco tempo fa, riuscivamo ad andare avanti ... Bisogna fare la ricetta delle nostre possibilità mediche? Noi curiamo la tosse cronica conosciuta con il nome di tubercolosi. Non ne moriamo che accidentalmente ... Non è così violenta come la tubercolosi di importazione che attualmente ci decima. Noi guariamo la lebbra, la follia, l'epilessia; le fratture, indipendentemente dalla gravità, non durano che una settimana. Abbiamo dei rimedi contro malattie di cui il trattamento non è ancora stato scoperto. Non siamo noi, dunque, capaci di fare nulla come ci fanno sentire ogni giorno?» C.H. Kane, *L'aventure ambiguë*, Julliard, Paris, 1961, p. 99 (trad. mia).

²⁰⁷ Le categorie di «superiorità strutturale», propria della medicina moderna, e «forza funzionale», ascrivita alle pratiche terapeutiche tradizionali per il loro essere maggiormente diffuse tra la popolazione, sono del pensatore R.P.L. Lee il quale ha condotto un importante studio sul pluralismo medico in Cina cfr. R.P.L. Lee, *Comparative studies of health care systems*, in «Social Science & Medicine», 16 (1982) 6, pp. 629-642.

²⁰⁸ «Le medicine tradizionali non attirano solo pazienti provenienti da contesti rurali ritenuti arcaici o poco toccati da processi di trasformazione, ma vivono largamente dei problemi e delle attese degli strati sociali diversificati dell'ambiente urbano, che sono anch'essi alla ricerca del trattamento, della protezione o della riuscita e, globalmente, di un senso che renda il reale praticabile e pensabile» J.P. Dozon, *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, cit., p. 51.

²⁰⁹ Cfr. su ciò G. Foster, *Anthropological research perspectives on health problems in developing countries*, in «Social Science and Medicine», 18 (1984) 10, pp. 847-854, ivi, p. 848.

«I-Qui in Bénin è la medicina moderna che teme che noi guaritori prenderemo il suo posto, sottraendole denaro. Teme che loro non potranno più fare affari convenienti, ma dov'è il problema: possiamo collaborare, fare noi la nostra parte, loro la loro e poi dividere il compenso, dov'è il problema? Invece siamo andati a delle riunioni con i medici moderni, ma non abbiamo ancora trovato la soluzione per la collaborazione»²¹⁰.

Del resto anche le popolazioni testimoniano la preferibilità del modello cooperativo tra i due sistemi che vengono tenuti distinti: i malati, infatti, utilizzano tutte le forme di soccorso che sono offerte loro, ma attribuiscono alle une e alle altre dei poteri e dei significati differenti: esse rappresentano un rimedio complementare o alternativo e, a ben vedere, la contraddizione scompare se si smette di cercare nell'una la sostituzione dell'altra.

Tale modello di cooperazione dovrebbe implicare non solo una *fiducia* reciproca tra i due rappresentanti dei modelli terapeutici, il guaritore e il medico, ma una loro ripartizione dei ruoli ove il primo, rappresentando l'iniziale interlocutore terapeutico (difatti non va intaccata la capillare presenza dei guaritori sul territorio²¹¹), incarni l'interfaccia primario della gestione della malattia, capace di una diagnosi sia divinatoria che tecnica, di affrontare la malattia dal punto di vista spirituale e biologico insieme, e non si senta disistimato nel dover consigliare ai malati di rivolgersi anche all'Ospedale per un consulto ulteriore o per la cura di patologie che esulano dalla sua competenza²¹². Per altro verso il terapeuta moderno dovrà superare la sua pregiudiziale presunzione e riconoscere che, se il benessere implica una condizione globale, non solo la scienza potrà offrire risposte adeguate, ma anche il trattamento tradizionale, sicché egli stesso dovrà poter consigliare ai malati un riferimento ai terapeuti per l'accompagnamento e la cura di malati che egli non è in grado di trattare²¹³. Questo è il vero senso della sinergia che si fa consapevole dell'indispensabilità di unire *care* e *cure* nella strategia terapeutica ove i saperi tecnici di entrambi i modelli di cura vengano rafforzati dalla collaborazione reciproca e si facciano capaci di rispondere ai bisogni plurimi del malato. Invero se, come si è detto, la scelta per i trattamenti tradizionali non è orientata

²¹⁰ Intervista al guaritore tradizionale, *infra*, p. 481.

²¹¹ «Il guaritore non deve mai essere rimosso dal luogo di lavoro abituale; sono piuttosto le sue condizioni di lavoro, nel luogo in cui opera, che dovrebbero essere migliorate, mentre la sua attività dovrebbe essere posta in sintonia con il piano sanitario nazionale» G. Bibeau, *Dalla Cina all'Africa. L'impossibile sintesi tra medicina tradizionale e medicina occidentale*, in Aa. Vv., *L'ambulatorio del guaritore*, cit., 67-82, ivi, p. 79.

²¹² Intervista a padre Chistian: «I – I guaritori più seri invitano il malato a rivolgersi ai medici, all'ospedale. È noto che è tutta una questione psicologica la credenza nei guaritori e, del resto, loro conoscono bene la psicologia dei malati: questo sicuramente li aiuta a "curare". Loro attribuiscono alle piante la guarigione, ma in effetti lavorano anche tenendo conto del piano mentale. È in ogni caso molto difficile sapere quanta parte di verità e quanta di superstizione c'è nel loro modo di curare. A loro interessa avere il maggior numero di malati possibile giacché la malattia consente loro di arricchirsi, ma questo accade sia per la medicina tradizionale che per quella moderna». *Infra*, p. 438.

²¹³ Intervista a Mme Gras: «Ci sono del resto alcuni medici moderni che quando non riescono a trovare una cura per la malattia loro stessi inviano i malati dai medici tradizionali». *Infra*, p. 494.

solo dalla problematica accessibilità e dalle differenze economiche, ma soprattutto dalla sua dimensione *inospitale*, parrebbe che solo un'autentica cooperazione tra i due modelli possa rendere ragione del benessere del paziente inteso in senso ampio, in quanto, come sottolinea il filosofo H. G. Gadamer, «fa parte della medicina non solo la lotta vittoriosa contro la malattia, ma anche la convalescenza e in fondo la cura della salute»²¹⁴.

Ciò, a ben vedere, rientra proprio nel piano di *Collaborazione tra medicina moderna e medicina tradizionale*, specificazione particolare del più vasto Programma di integrazione - PNPMT che si avvede della necessità di fornire ai medici moderni una «competenza per una migliore presa in carico psicosociale dei malati» e ai guaritori «una procedura di identificazione e convalida dei prodotti e degli atti tradizionali efficaci». Sicché la strategia proposta prevede: «la scelta del *praticien* della medicina tradizionale da parte del malato stesso; la diagnosi del da parte del *praticien* della medicina tradizionale che riferisce obbligatoriamente il paziente al medico; - la conferma della diagnosi da parte del medico; - il trattamento dato dal *praticien* della medicina tradizionale; - il monitoraggio clinico e biologico da parte del medico»²¹⁵.

La dimensione della collaborazione sinergica può realizzarsi a partire da una cooperazione tra le due figure terapeutiche o anche nella forma di strutture ospedaliere che si avvalgono per il trattamento delle malattie di entrambi i tipi di cura, tradizionale e moderna, come accade, ad esempio, presso l'Ospedale Saint Jean de Dieu di Tanguiéta, situato all'estremo nord del Paese e diretto dal padre italiano Fiorenzo Pruli:

«Costui dice che non credeva nella medicina tradizionale fino a quando ha constatato lui stesso gli effetti benefici per la cura di alcune malattie. I suoi pazienti hanno ormai la scelta tra i medicinali moderni e delle cure a base di piante create nell'ospedale stesso. Come la medicina tradizionale, anche qui l'aspetto spirituale è considerato tant'è che per i malati è organizzata quotidianamente una messa. Tale combinazione delle due medicine fa sì che l'Ospedale Saint Jean de Dieu di Tanguiéta possa essere probabilmente considerato come “il migliore centro ospedaliero del Bénin»²¹⁶.

Un'ulteriore forma di collaborazione tra i due modelli terapeutici si può esplicitare, inoltre, a partire creazione di figure nuove, capaci di offrire entrambi i tipi di cura nell'ottica

²¹⁴ H.G. Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1993; tr. it., *Dove si nasconde la salute*, a cura di A. Grieco e V. Lingiardi, trad. di M. Donati e M.E. Ponzio, Raffaello Cortina, Milano, 1994, p. 118.

²¹⁵ *Manuel d'initiation des professionnels de la santé*, cit., p. 75.

²¹⁶ A. Dresse- D. De Baeremaeker, *Amawato. Le marché de la santé au pays du vaudou*, cit., p. 40 (trad. mia). Lo stesso accade, ad esempio, anche nel Centro per bambini polihandicappati di Suor Sabine di cui si parlerà nella sezione successiva, la quale si serve sia di medicine moderne che di farmaci tradizionali per la cura dei suoi piccoli malati. Intervista a suor sabine: «C- Come curate la malaria dei bambini? I- Lo vedete quell'albero? È la *morenga*, serve per la malaria ma anche per la malnutrizione dei bambini. È pieno di vitamine, è un fortificante» *Infra*, p. 503.

di una presa in carico globale del paziente. Tale apparato medico unificato dovrebbe contemplare un accorpamento dei percorsi formativi del personale sanitario, in forza del quale i professionisti, preparati in senso nuovo, dopo una formazione comune, potranno decidere se dedicarsi ad uno o all'altro dei settori medici disponibili, tradizionale o moderno, in modo da essere capaci di proporre alternativamente le terapie più opportune nell'ottica di una visione rinnovata della cura e della salute²¹⁷.

Emblematica è la figura della dottoressa Gisèle Egounléty épouse Toudonou, direttrice del Centro di Medicina Tradizionale “Seyon” di Cotonou che si ha avuto modo di intervistare. La dottoressa, formata alla medicina occidentale, è consapevole della indispensabile rilevanza di curare il paziente beninese tenendo conto della grande tradizione terapeutica tradizionale che ella, invero, preferisce rispetto ai farmaci moderni.

«Io comunque sono un medico, formata alla maniera occidentale, ho studiato per fare il medico, ma faccio della ricerca in medicina tradizionale. Quando un malato viene qui io faccio una diagnosi da medico, ma lo curo anche con le medicine tradizionali: è fondamentale che un malato sia visto anche da un medico moderno; qui facciamo anche delle analisi paracliniche, biologiche, ecoscanner etc. così si può dare una vera diagnosi, ma se ci sono delle piante per trattare la malattia rilevata preferiamo utilizzare quelle. Qui facciamo anche dell'omeopatia e utilizziamo gli oli essenziali. Poi se non ci sono cure a base di piante proponiamo i medicinali classici ai malati. C-I guaritori vodun accettano tale unione con la medicina moderna? I-Certamente. C'è un Programma del Ministero in proposito e poi i guaritori vengono formati: sono stati organizzati per circoscrizioni, comuni e anche io sono stata invitata per dare loro della formazione. Quindi c'è una collaborazione. C-Non è dunque vero che i guaritori hanno qualche reticenza a confidare i loro segreti di cura? I- Sì, è vero, ma questa è un'altra cosa. Loro sono d'accordo a collaborare con i medici se ciascuno prosegue il suo ufficio, ma facilmente non ti daranno le loro ricette dei medicinali, nè le loro conoscenze: loro vivono di questo, se ti rivelano le loro conoscenze tu non andrai più da loro quando ti ammalerai»²¹⁸.

Evidentemente, però, la cooperazione non ci può essere se prima non si assume un pieno *riconoscimento* della medicina tradizionale nel suo complesso, il che anzitutto implica l'abbandono della pretesa di separare in maniera chirurgica i pochi aspetti tecnici

²¹⁷ Tale idea non è estranea all'OMS: «Nella regione africana le conoscenze e le pratiche di Medicina Tradizionale sono state tramandate oralmente tra i terapeuti tradizionali per molte generazioni. In anni recenti un certo numero di paesi ha rafforzato i programmi di formazione per sviluppare la conoscenza dei terapeuti tradizionali e in alcuni la Medicina Tradizionale è inclusa nei curricula universitari degli studenti di medicina» OMS, *Strategia dell'OMS per la medicina tradizionale 2014-2023*, cit., p. 23 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/14/9789241506090_ita.pdf?ua=1 (ultima visualizzazione novembre 2016). Ciò invero desta delle problematiche a causa dell'inaccessibilità al sistema di istruzione per cui se è ammissibile che un medico possa specializzarsi in medicina tradizionale, è complesso addurre che un terapeuta possa formarsi alla medicina moderna attraverso degli studi complessi, ciononostante bisogna considerare che l'idea di una formazione tecnica dei terapeuti è già in opera ed è su questa che si può ipotizzare la definizione di un programma di formazione se non unico, quantomeno condiviso.

²¹⁸ Intervista alla direttrice del Centro di Medicina Tradizionale “Seyon” di Cotonou, Dr. Gisèle Egounléty épouse Toudonou, *infra*, p. 475.

fitoterapeutici della cura tradizionale, rinnegando i fondamenti teorici dell'intero sistema culturale. Il riconoscimento, infatti, è principio etico indisconoscibile che intimamente si rela ad un altro principio: quello del *rispetto* dell'altro, giacché «*prendere in considerazione* è un *respicere* in cui il riconoscere è già un rispettare. L'immoralità fondamentale della *mancaza di rispetto* è *disconoscimento*. Il disconoscimento totale è già in sé omicidio potenziale»²¹⁹.

Negare il riconoscimento delle tradizioni culturali, della loro *dignità* è, infatti, messa a morte dell'altro, della sua *identità*, non più possibile dopo le tragedie degradanti il senso stesso dell'umano cui la storia ha assistito e che la memoria farebbe bene a trattenere più saldamente. In questo caso il riconoscimento dovrà essere anzitutto legislativo, giacché, come detto, la medicina tradizionale è praticata, tollerata ed anche parzialmente regolamentata da documenti ministeriali, ma non è legiferata. Dunque parrebbe potersi dire che un'autentica cooperazione tra sistemi di cura complementari sia possibile solo se il sistema sanitario si mostri capace di riconoscere nel loro complesso le anime plurime, ma non discordi, che lo abitano, e di rispettarle. Ciò vorrà dire non più imporre, ma *disporre* le condizioni affinché si realizzi una riforma che investa l'intera struttura sanitaria che sembrerebbe debba orientarsi verso un *decentramento* dell'ermeneutica moderna della cura. Difatti anzitutto bisognerà che la medicina ufficiale si dimostri pronta a mettere in discussione se stessa e a rivedere il proprio approccio alla malattia approssimandosi alla cultura e alla popolazione, ma, per altro verso, bisognerà continuare ad avvicinare la medicina tradizionale al rigore della scienza, prendendo in considerazione non solo gli aspetti qualitativi, ma anche quantitativi della cura. È inoltre impensabile escludere la popolazione dal processo di rinnovamento sanitario atteso, dal momento che la questione della cura presso le comunità africane incarna le narrative identitarie di quei popoli.

Pertanto la proposta di una negoziazione tra medicina tradizionale e moderna nella forma della cooperazione decentrata va letta come metodologia non integrativa, ma *inclusiva*, ovvero non contemplante una dinamica assimilazionista del modello di cure tradizionali entro l'organizzazione sanitaria ufficiale che finisce per distorcerlo pur di vederlo integrabile in quella, bensì duttile, ovvero tesa a riconoscere la specificità delle tradizioni terapeutiche e a prevedere collaborazioni tra i due modelli, differenziate in base al malato e alla sua patologia.

Si approssima così l'idea che la difesa dell'*identità* culturale beninese, a partire dalla tradizione terapeutica, sia da riconoscere ed avvalorare con politiche ed etiche sempre più orientate al rispetto della dignità e dei *diritti* del popolo beninese che rischiano di essere

²¹⁹ P. Piovani, *Principi di una filosofia della morale*, cit., p. 161, ora in Id., *Per una filosofia della morale*, cit., p. 780.

portati via dalla sopravanzante spinta del moderno, in maniera ancora più drammatica in quei Paesi in cui tale modernità non è ancora del tutto garantita.

CONCLUSIONI

Tradizioni pro diritti

Il malato beninese, così come descritto in questa sezione, risulta compresso entro dinamiche paternalistiche plurime – quella familiare e quella della medicina tradizionale ed anche moderna – che, convinte di proteggerlo, *prendendosi cura* di lui e della sua *malattia*, con il ricorso a prassi terapeutiche necessarie ed efficaci, nell'un caso perché afferenti al credo tradizionale, nell'altro perché ascritte alla medicina razionale, a ben vedere parrebbero oscurare la sua individualità.

Un'asserzione di tal fatta, tuttavia, trova significative difficoltà ad essere calata entro il contesto culturale beninese, ove, come ripetuto, il singolo non trova una definizione di sé al di fuori della comunità di appartenenza. Certo questo non vuol dire che bisogna rinunciare alla tutela del singolo, della sua dignità e dei suoi diritti, bensì che, proprio per asserire tali diritti, non proponendo un innovato atteggiamento impositivo memore del passato coloniale, bisogna muovere da una considerazione della semantica identitaria contestuale.

Come detto nel primo capitolo, il *siamo, dunque sono* del beninese – «io sono perché noi siamo, e perché noi siamo, io sono»²²⁰ – impedisce di istituire una relazione medico-paziente che escluda il coinvolgimento della comunità familiare entro la quale il singolo si riconosce, sicché si è compreso che solo all'interno di una dinamica dialogica plurima si potesse assistere all'emersione dell'individualità, pur situata entro il sistema di relazioni che la significano. Del resto quello stesso sistema condiviso si è visto essere strettamente implicato con il fenomeno della malattia e della sua evenienza, intesa come conseguenza di un *envoûtement*, maleficio rituale relato alla religione Vodun che può essere determinato da un consimile del malato. Il che, invero, rimarca l'inadeguatezza dell'ermeneutica individuale della malattia nel contesto beninese, ove piuttosto va riconosciuta una prospettiva collettivo-comunitaria che afferisce a una tradizione culturale e religiosa avvertita con particolare forza.

È, inoltre, indubitabile: «la credenza uccide; la credenza guarisce. Le credenze dei membri di una società giocano un ruolo significativo sia nella causa di una malattia che nel suo rimedio. In società diverse, tali categorizzazioni, credenze e aspettative sono organizzate culturalmente, in vari gradi, nei sistemi etnomedicali»²²¹. Difatti quella stessa tradizione che si

²²⁰ J. Mbiti, *African Religions and Philosophy*, cit., p. 109.

²²¹ R.A. Hahn- A. Kleinman, *Belief as Pathogen, Belief as Medicine: "Voodoo Death" and the "Placebo Phenomenon" in Anthropological Perspective*, in «Medical Anthropology Quarterly», 14 (August, 1983) 4, pp. 3, 16-19, ivi, p. 3.

rende capace di *inviare la malattia* nella forma del maleficio è ugualmente capace di *riparare* al danno inflitto. Si è così approssimata nel secondo capitolo tutta la straordinaria tradizione terapeutica della cultura beninese, animata da figure plurime, prassi rituali e un ricchissimo sapere originario. Proprio questo ultimo sapere si è visto riuscire a rendere conto perfettamente della persona nel suo complesso, del suo benessere inteso in senso totale: fisico, psicologico, sociale, esistenziale.

Tuttavia, recuperando alcuni aspetti della storia della medicina durante l'epoca coloniale, si è ricordato come quel sapere fosse stato calpestato dall'atteggiamento, paternalistico anch'esso, dei conquistatori occidentali che, incuranti delle tradizioni terapeutiche o precipuamente orientati ad eradicarle, hanno violentemente imposto il modello medico moderno che, per la sua inadeguatezza ed inaccessibilità, è sempre rimasto, anche dopo il colonialismo, molto distante dalla popolazione. Difatti il dato non trascurabile che vede l'80% della popolazione beninese fare ricorso alle forme di cura tradizionali parla di una sconfitta del moderno: non dell'impossibilità di quel popolo di disporsi alla modernità, ma della modalità di "integrazione" della stessa che è stata percepita come non accettabile da quel contesto.

L'inaccettabilità dell'imposizione di paradigmi esterni alla profondità identitaria di una cultura non è solo un'evidenza etica e giuridica, ma è anche la risposta stessa di quel contesto culturale che non ha potuto, saputo e, soprattutto, voluto accogliere un modello che ha avvertito come estraneo ed ha esperito come violento.

Tuttavia è evidente che non ci si può chiudere gli occhi all'incedere della modernità e, a ben vedere, non è quello che intende fare la cultura beninese. I quadri dirigenti del Paese hanno proposto, in tempi recenti, una nuova strategia di interazione tra medicina tradizionale e moderna, oramai in via di realizzazione, particolarmente opportuna anche se alcune criticità palesano la persistenza ostinata dell'atteggiamento paternalistico perpetrato dalla modernità nei riguardi della tradizione.

Ammantando pretese di correttezza ed efficacia oggettiva, la medicina moderna distorce quella tradizionale, forzandola ad una separazione endogena tra aspetti spirituali e razionalizzanti – evidentemente solo di facciata, perché non si può decomporre un'identità costituita da entrambe le fattispecie indivise – e struttura la sua strategia terapeutica avendo come unica finalità la guarigione della malattia. Tale proposta sanitaria improntata all'ipertecnicismo asettico, ormai superata anche in Occidente a seguito dei diffusi dibattiti sull'importanza di un'umanità in medicina, si rende foriera di un approccio del tutto

spersonalizzante il malato ed incapace di affrontare la sua condizione di *malessere*, in un contesto così olistico come quello beninese.

È paternalistico l'atteggiamento della medicina moderna in maniera paradossale: mentre, infatti, sottolinea i principi dell'etica medica moderna tutti orientati alla difesa dell'identità ed individualità del paziente, all'autodeterminazione del malato, alla dinamica dialogica con il medico, non solo *impone* costrutti culturali e valori non rispondenti al contesto di senso beninese, negando così gli stessi principi di cui si fa portatore, ma, nella misura in cui combatte il paternalismo dei terapeuti tradizionali e delle famiglie, ne *prescrive* uno tutto proprio, opprimente l'identità del malato che in quei due si vedeva rappresentata. Come ben scriveva Fanon: «la madre coloniale difende il figlio contro se stesso, contro il suo io, contro la sua fisiologia, contro la sua biologia, la sua sventura ontologica»²²².

Sicché la medicina moderna, per quanto proponga integrazioni con quella tradizionale beninese, nei fatti anela ad assorbimenti che implicano un misconoscimento di detta identità culturale. Ciò, in definitiva, impedisce un'effettiva diffusione dei principi moderni della cura, possibile solo se muova dal riconoscimento autentico di quell'identità culturale e si impegni ad istituire forme di collaborazione che realizzino una mediazione partecipata non solo tra i guaritori e i medici, ma anche con i pazienti ed il gruppo giacché, come detto, solo nella dimensione condivisa l'individualità del paziente può definirsi.

Dunque, considerare autenticamente la realtà contestuale vuol dire prendere atto del paternalismo terapeutico tradizionale e familiare, il che non vuol dire accettarlo, ma riconoscerlo, rispettarlo e, a partire da questa necessaria assunzione, istituire uno scambio dialogico che si orienti a garantire il benessere di quel popolo e dei suoi malati. A ben vedere solo così si potrà assumere un significato diverso del termine paternalismo, partecipato e non imposto: il paternalismo moderno, portatore dell'ottica della *cura*, si accompagnerà così a quello di familiari e terapeuti, rappresentanti della dimensione del *care*, ovvero dell'accompagnamento spirituale del malato, rendendo ragione di tutto l'aspetto spirituale della cura. Questo non vuol dire disistimare il ruolo dei guaritori a dei "sacerdoti del dolore", preposti solo alla garanzia delle credenze, ma riconoscere il loro ufficio per intero e non limitarlo solo alla dimensione fitoterapeutica.

A partire da tale prospettiva si potrà, dunque, riconoscere la tradizione identitaria beninese, disponendo il ragionamento ad un accoglimento del moderno a partire da un'ottica

²²² F. Fanon *Les damnés de la terre*, intr. J.-P. Sartre, François Maspéro éditeur, Paris, 1961; tr. it. *I dannati della terra*, a cura di C. Cignetti, Einaudi, Torino, 1967², p. 150. Cfr. anche Id., *Médecine et colonialisme*, in *L'an V de la révolution algérienne*, François Maspéro éditeur, Paris, 1959; tr. it. *Medicina e colonialismo*, in *Scritti politici. L'anno V della rivoluzione algerina*, vol. II, DeriveApprodi, Roma, 2007.

situata che, non forzando mutamenti (almeno *quando non necessari*), si fa persino capace di riconoscere l'importanza della *valorizzazione* delle risorse tradizionali.

Del resto la difesa dell'identità culturale di un popolo e delle sue tradizioni è garantita da numerose Carte nazionali ed internazionali. Anzitutto nella *Costituzione* della Repubblica del Bénin del 1990, all'art. 11 si legge che: «Tutte le comunità che compongono la Nazione beninese godono della libertà di utilizzare le proprie lingue orali e scritte e di sviluppare la propria cultura, rispettando quella degli altri»²²³. In tal senso le tradizioni culturali vengono ascritte alla sfera della *libertà* delle comunità che è dovere degli Stati garantire. Difatti come recita all'art. 17 comma 3 la *Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* composta dall'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) nel 1981 e ratificata dal Bénin il 20 gennaio 1986: «La promozione e la protezione della morale e dei valori tradizionali riconosciuti dalla Comunità costituiscono un dovere dello Stato nel quadro della salvaguardia dei diritti dell'uomo» e all'art. 22: «Tutti i popoli hanno diritto al loro sviluppo economico, sociale e culturale, nel rigoroso rispetto della loro libertà e della loro identità, e all'eguale godimento del patrimonio comune dell'umanità»²²⁴.

Oppure, come statuisce la *Carta delle Nazioni Unite* del 1945, promulgata prima ancora dell'indipendenza del Bénin, all'art. 73:

«I Membri delle Nazioni Unite, (...), riconoscono il principio che gli interessi degli abitanti di tali territori sono preminenti, ed accettano come sacra missione l'obbligo di promuovere al massimo, nell'ambito del sistema di pace e di sicurezza internazionale istituito dal presente Statuto, il benessere degli abitanti di tali territori, e, a tal fine, l'obbligo: a) di assicurare, con il dovuto rispetto per la cultura delle popolazioni interessate, il loro progresso politico, economico, sociale ed educativo, il loro giusto trattamento e la loro protezione contro gli abusi (...); d) di promuovere misure costruttive di sviluppo, di incoraggiare ricerche, e di collaborare tra loro, e, quando e dove ne sia il caso, con gli istituti internazionali specializzati, per il pratico raggiungimento dei fini sociali, economici e scientifici enunciati in questo articolo»²²⁵.

Tuttavia la cultura tradizionale di un popolo che gli Stati si propongono di difendere non va intesa solo come declinazione della sua libertà di credo o di culto: essa piuttosto afferisce alla dimensione dell'*identità* degli stessi, da difendere in quanto diritto umano fondamentale. Di tal che, assurgendo ad autonoma rappresentazione dell'autodefinizione identitaria di singoli e gruppi, la tradizione rappresenta quello che essi *sono* e non tanto quello

²²³ Cfr. République du Bénin, *Constitution de la République du Bénin*, cit., (trad. mia).

²²⁴ Cfr. OUA, *Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples*, 27 juin 1981, Nairobi: http://www.achpr.org/files/instruments/achpr/banjul_charter.pdf (ultima visualizzazione dicembre 2016). Per la versione italiana cfr. «Parolechiave», 37 (2007), pp. 119-134 (per la versione francese cartacea si è già citata la raccolta di documenti del 2015 edita dalla c.ed. Rogav, 2015).

²²⁵ ONU, *Carta delle Nazioni Unite*, 1945: http://files.studiperlapace.it/spp_zfiles/docs/onucarta.pdf (ultima visualizzazione dicembre 2016).

che vogliono – e possono in quanto liberi – esprimere. Il che non vuol certo dire che tale identità culturale sia statica, del resto tutto il presente lavoro si orienta appunto a decostruire tale posizione, tuttavia è inevitabile che essa rappresenti una dimensione intangibile che anzitutto va *riconosciuta, rispettata* nella sua essenza e non certo forzosamente spinta ad un avanzamento imposto dall'esterno.

Sicché parrebbe che la *Dichiarazione dei diritti dell'Uomo* ben riesca ad esplicitare la nozione di identità culturale proposta, in particolare all'art. 12 ove si legge che: «Nessun individuo potrà essere sottoposto ad interferenze arbitrarie nella sua vita privata, nella sua famiglia, nella sua casa, nella sua corrispondenza, né a lesione del suo onore e della sua reputazione. Ogni individuo ha diritto ad essere tutelato dalla legge contro tali interferenze o lesioni». Non possono, dunque, essere tollerate lesioni nella *casa* del singolo, nella sua *famiglia*, perché quei luoghi, invece di ottundere o soffocare l'identità dell'uomo, *massimamente la rappresentano*: incarnano ciò che lui è nel suo essere con gli altri, il che è ancora più dirimente presso culture ispirate a valori collettivi.

Della stessa Carta non va, poi, dimenticato l'art. 18 che fa riferimento alla libertà di credo, culto ed osservanza dei riti, implicata in maniera ben manifesta nelle convinzioni terapeutiche tradizionali beninesi, l'art. 19 che sottolinea come «Ogni individuo ha diritto alla libertà di opinione e di espressione incluso il diritto di non essere molestato per la propria opinione», il che ben ci dice come non vanno forzate le convinzioni dell'altro in ossequio ai suddetti principi del riconoscimento e del rispetto e l'art. 22 del medesimo documento il quale afferma che:

«Ogni individuo, in quanto membro della società, ha diritto alla sicurezza sociale, nonché alla realizzazione attraverso lo sforzo nazionale e la cooperazione internazionale ed in rapporto con l'organizzazione e le risorse di ogni Stato, dei diritti economici, sociali e culturali indispensabili alla sua dignità ed al libero sviluppo della sua personalità».

Nessuno può incorrere in prevaricazioni che ledano la sua sicurezza sociale, che minino la garanzia dei suoi diritti sociali, culturali *indispensabili* alla dignità e allo sviluppo della personalità. L'art. 27 torna, poi, sulla libertà di partecipare alla vita culturale della comunità: «Ogni individuo ha diritto di prendere parte liberamente alla vita culturale della comunità, di godere delle arti e di partecipare al progresso scientifico ed ai suoi benefici» e il 29 riconosce che vi sono dei doveri nei riguardi della comunità entro la quale, *solo*, è possibile uno sviluppo della personalità:

«Ogni individuo ha dei doveri verso la comunità, nella quale soltanto è possibile il libero e pieno sviluppo della sua personalità. 2. Nell'esercizio dei suoi diritti e delle sue libertà, ognuno deve essere sottoposto soltanto a quelle limitazioni che sono stabilite dalla legge per assicurare il

riconoscimento e il rispetto dei diritti e delle libertà degli altri e per soddisfare le giuste esigenze della morale, dell'ordine pubblico e del benessere generale in una società democratica. 3. Questi diritti e queste libertà non possono in nessun caso essere esercitati in contrasto con i fini e principi delle Nazioni Unite»²²⁶.

Questo excursus nei diritti che, invero, andrebbe corroborato dalla considerazione di altre Carte come il *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* o la *Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani* dell'UNESCO del 2005 (in part. art. 12²²⁷) che verranno consultate nelle sezioni successive, porta all'attenzione un elemento strutturale della presente ricerca, ovvero consente di asserire che le *tradizioni culturali rientrano nel novero dei diritti umani fondamentali e, pertanto, vanno tutelate*.

Tale asserzione è il primo passo, necessario, di un lavoro che si propone di riflettere appunto sulle tradizioni culturali, ma che si fa avvertito dell'impossibilità di prescindere dalla considerazione precipua di esse, da un loro pieno riconoscimento e rispetto e che adduce sinanche la necessità di una loro *valorizzazione in ossequio ai diritti umani* che esse rappresentano. «L'identità è dunque un valore, un bene inalienabile: l'identità è un diritto»²²⁸. L'identità culturale di un popolo va, infatti, ricompresa entro i *diritti culturali* che afferiscono al novero dei *diritti umani*, come visto dal recupero del dettato documentale.

«I diritti culturali individuali hanno come contenuto e obiettivo la preservazione di un certo patrimonio culturale o identitario. Possono essere diritti culturali *negativi*, se richiedono l'assenza di interferenze da parte dei privati e dello Stato nei confronti dell'esercizio di atti rientranti nella propria cultura (...), oppure possono essere diritti culturali *positivi*, se richiedono un intervento attivo, da parte di terzi e soprattutto dei pubblici poteri, al fine della conservazione e tutela di qualche aspetto del patrimonio culturale della minoranza (...). I diritti culturali collettivi, infine, sono diritti attribuiti a soggetti collettivi, che li esercitano mediante loro rappresentanti, al fine di preservare l'identità culturale del gruppo stesso. Anche questi possono essere negativi (...), o positivi (...): tra gli esempi più ricorrenti vi è la richiesta da parte di un gruppo di mantenere una propria giurisdizione su alcuni aspetti della vita degli appartenenti, come il matrimonio, la famiglia, l'istruzione dei bambini (come talvolta accade, in particolare, nel caso delle minoranze etniche o religiose), o l'introduzione di una specifica tutela penale contro le offese alla cultura e all'identità del gruppo (*group defamation*)»²²⁹.

Sostenere, però, che le tradizioni in quanto rappresentative dei diritti culturali vadano riconosciute, rispettate e valorizzate, non determina l'assunzione della prospettiva di un certo

²²⁶ ONU, *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo*, 1948 : <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html> (ultima visualizzazione dicembre 2016).

²²⁷ UNESCO, *Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani*, 19 ottobre 2005 http://portal.unesco.org/shs/en/files/9511/11453762541EMBO_April2006_UDBHR.pdf/EMBO_April2006_UD_BHR.pdf (ultima visualizzazione dicembre 2016).

²²⁸ F. Remotti, *Identità o convivenza?*, cit., p. 58.

²²⁹ G. Pino, *Libertà religiosa e società multiculturale*, in Aa. Vv., *Diritto, tradizioni, traduzioni. La tutela dei diritti nelle società multiculturali*, cit., pp. 157-188, ivi, pp. 161-162.

multiculturalismo, fermo al riconoscimento della diversità delle culture che vengono difese nella loro specificità non mediabile ed a tratti autoreferenziale, né la scelta di un'ottica assimilazionista che adduce semplicistiche forme di uguaglianza delle culture. Piuttosto rappresenta solo il primo passo di una lettura *interculturale* che, muovendo dal presupposto del rispetto dell'identità culturale di un popolo, si propone di strutturare ragionamenti sulla sua possibile apertura dialogica nel senso di una tensionalità universalizzante e storica.

La difesa della tradizione, infatti, va intesa in senso dinamico nella misura in cui riconosce la possibilità di una collaborazione con la modernità: non bisogna, infatti, intendere la tradizione come perennemente identica a se stessa, né addurre che un incontro con il moderno determini necessariamente una sua dissoluzione. Questo vorrebbe dire nei fatti negare la storia di un popolo, disconoscere che esso sia mai stato in grado di compiere *mutamenti* il che, invero, rispetto al popolo africano non può certo dirsi, proprio considerando le numerose risposte locali formulate durante e dopo l'incontro coloniale²³⁰. A ben vedere, è possibile ed, anzi, necessario «sfumare la distinzione analitica tra tradizione e modernità che rischia di restituire delle immagini stereotipate, dove un'Africa “autentica” e “tradizionale” si oppone a un continente “inautentico”, “moderno” e in qualche modo “perduto”»²³¹.

Difatti nel movimento tensionale di partecipazione al moderno la tradizione terapeutica beninese non perde la sua identità, ma ne avvalora la dimensione sincronica, ovvero la sua capacità di unire diversi ruoli (tecnico, spirituale, collettivo/familiare) e quella diacronica, disponendosi così al movimento della storia. Questo vuol dire che, se non è possibile addurre il superamento definitivo dell'etica paternalistica (familiare e terapeutica), parrebbe non contraddittorio proporre la formulazione compartecipata e condivisa di un'etica della cura che, alla già triadica relazione tra singolo, comunità familiare e guaritore, aggiunge la figura del medico moderno. Di tal che il *prendersi cura* recupera il senso originario dell'attività terapeutica che unisce alle competenze tecniche la dimensione della solidarietà e che non esclude un coinvolgimento del contesto familiare.

²³⁰ Cfr. A.A. An-Na'im, *Cultural Transformation and Human Rights in Africa*, Palgrave Macmillan, New York, 2002; E. Leach, *Etnografia tribale: passato, presente, futuro*, in «Ossimori», I (1978) 1, pp. 48-56.

²³¹ A. Brivio, *La dinamica vodu in Bénin: politica e pratica religiosa*, in «L'Uomo», (2011) 1-2, pp. 91-114, ivi, p. 92. Del resto la cultura tradizionale africana, ben improntata alla religione vodun, si dispone particolarmente all'apertura sincretica: «La natura plastica e tollerante delle religioni politeiste è poi un elemento fondamentale per comprendere l'apertura e la voracità nei confronti dell'altro, tanto nelle sue espressioni più spirituali che in quelle più mondane. Il *vodu* ha incorporato nel corso degli anni il sangue delle molte guerre combattute nel regno del Dahomey, le ricchezze accumulate, la violenza, la paura e la mercificazione della tratta atlantica, e oggi le ambizioni e le chimere della cosiddetta “modernità”. Essendo una religione della pratica che si interroga quotidianamente sulla realtà che la circonda, cercandone un senso, non può restare indifferente alla società di cui è permeata. Sicuramente oggi le sue capacità di strutturare e spiegare la società sono meno totalizzanti rispetto al periodo precoloniale, ma non per questo aliene al corso della storia e agli eventi della politica» Ivi, p. 110.

In tale direzione addurre una dimensione collettiva dell'identità non determina l'accettazione di un'individualità asfittica, alla quale non riescono ad essere garantiti i diritti suoi propri, se non ascrivendoli al gruppo, bensì vuol dire riconoscere i diritti a singoli non astrattamente indipendenti, ma concretamente interdipendenti e segnati da bisogni culturalmente determinati. E, a ben vedere, solo a partire da questo riconoscimento è ipotizzabile uno scambio con il moderno che non sia imposto, ma negoziato, non escludente la tradizione, ma *inclusivo*.

Dunque questa prima sezione del lavoro ha voluto rimarcare come l'identità culturale, nel caso di specie espressa dalle tradizioni terapeutiche beninesi, in quanto afferente alla sfera dei diritti culturali, appartenga al novero dei diritti umani fondamentali ed in virtù di questo reclaims un riconoscimento. È parso, infatti, che, per essere in grado di effettuare le considerazioni successive e strutturare ogni tipo di ragionamento *altro* su questa stessa identità culturale, il riconoscimento autentico delle tradizioni fosse il primo passo da compiere.

SEZIONE II

Tradizioni al “limite”: esclusione sociale e negazione dei diritti

Dopo aver problematizzato il ruolo delle tradizioni sanitarie africane ed aver sostenuto la necessità di un più profondo riconoscimento ufficiale e più autentico avvaloramento al fine di garantire appieno la tutela del diritto all'identità culturale dei singoli e dei popoli, è d'uopo adesso interrogarsi su un altro modo di darsi della tradizione, contemplante prassi che parrebbero pervertire tutte le asserzioni precedenti nella misura in cui, pur essendo rappresentative dell'identità culturale del popolo beninese, confliggono con il rispetto dell'umano stesso.

L'antropologo M. Augé con lucidità sosteneva che:

«l'exasperazione del diritto alla differenza ha prodotto un culturalismo i cui effetti perversi sono oggi percepibili da tutti. In nome del rispetto degli altri a qualsiasi costo, c'è chi giustifica l'ingiustificabile. Nelle altre culture, ad esempio in quella islamica, noi tolleriamo valori e pratiche che non ammetteremmo mai nella nostra. Quest'atteggiamento nasconde una forma di razzismo capovolto, perché nel nome della differenza accettiamo nell'altro ciò che non tolleriamo in noi, considerandolo di fatto ad un livello inferiore al nostro. Questa vittoria del *politically correct* finisce altresì per intimidire il pensiero democratico. In realtà si può essere benissimo tolleranti e contemporaneamente molto fermi sui principi. La tolleranza non deve mai tollerare l'intollerabile, come ad esempio la diseguaglianza dei sessi o la repressione della libertà religiosa»¹.

Dunque al fine di offrire un quadro complessivo e complesso delle tradizioni beninesi, dopo aver addotto l'urgenza di un più manifesto recupero di dette tradizioni, diviene ora non posponibile volgere il fuoco dell'attenzione a talune prassi tradizionali non giustificabili né tollerabili. Augé nella citazione surricordata definisce intollerabile la repressione della libertà religiosa, tuttavia la riflessione che segue mostrerà come vi sono dei casi in cui la stessa libertà religiosa andrebbe questionata: quando, invero, essa si fa portavoce di prassi dubbie e da ripensare giacché minano il rispetto dei diritti e della dignità dei singoli e che, pertanto, non possono essere equiparate alle tradizioni descritte nella sezione precedente, di cui si è detto fondamentale preservare l'integrità e l'identità.

Ancora una volta il Bénin, per il suo essere *culla della religione vodun*, si fa esemplare riferimento di tradizioni culturali peculiari che incarnano il modo di essere di molte tribù

¹F. Gambaro, *M. Augé: i rischi della tolleranza*, in «La Repubblica», 23 ottobre 2003 : <http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2003/10/23/marc-auge-rischi-della-tolleranza.html?ref=search> (ultima visualizzazione dicembre 2016). Cfr. M. Augé, *Tra i confini. Città, luoghi, interazioni*, Mondadori, Milano, 2007; Id., *Per un'antropologia della mobilità*, Jaka Book, Milano, 2010.

native ed esprimono l'intima connessione di religione e storia, culto e credenza. Tradizioni che, se per un verso disumanizzano vittime e sacerdoti che le osservano, d'altro canto mettono in pericolo la vita di coloro che le evadono, nella misura in cui la loro violazione incrina l'armonia del gruppo andando a compromettere, talvolta in maniera irrimediabile, la verticale umano-divina, la comunicazione tra il mondo dei vivi e quello dei morti, abitato da dèi ed antenati che, alternativamente, sono intesi come numi tutelari o demoni maligni, capaci di arrecare sventure e sofferenze agli abitanti delle comunità tribali se da questi vengono offesi.

Tuttavia è noto che tali tradizioni non afferiscono solo all'universo africano: la storia delle culture si è fatta testimone di atrocità perpetrate in nome degli dèi o di tradizioni culturali in maniera pressoché universale da cui la modernità ha progressivamente preso le distanze. Al tempo del "divenire adulto" del mondo, della progressiva maturazione e presa di coscienza dell'inalienabilità di valori e diritti asseriti da Carte e Dichiarazioni nazionali ed internazionali, moltissime tradizioni sono state bandite: dalla lapidazione dell'adultera alle punizioni corporali, alla pena di morte, molte prassi culturali considerate lesive dell'integrità psicofisica o della dignità dell'essere umano non hanno più diritto di cittadinanza in tanti Paesi.

Ciononostante non può ancora dirsi superato del tutto quel turpe passato di nefandezze ed una riflessione che autenticamente voglia porsi in ascolto dell'altro non può astrattamente denunciare le altrui pratiche culturali, gridando all'assurdo di atavismi violenti da spregiare, muovendo da un'ottica presuntivamente universale. Il gesto etico, in questo caso non sempre semplice, dell'ermeneuta di un'alterità sì distante, si rintraccia proprio nella scelta di abbandonare piani ideologici e metastorici e calarsi nella prospettiva peculiare per approssimare *autenticamente* e in maniera non pregiudizievole un universo di senso altro. Il che vuol dire cercare di intendere tradizioni anche spregevoli, perché sprezzanti l'umano, ricostruendone la storia, l'eziologia e l'oggettivazione con il precipuo intento di rendersi edotti delle microscopie tradizionali, al fine di riuscire poi, a partire da un'angolazione più ampia, a discutere questioni più generali, come i rapporti tra soggettività ed oggettività, particolare ed universale, identità e globalità. Vi sono, infatti, casi drammatici in cui questi binomi non riescono ad avvenire ad un *compromesso* ed è l'umano a pagarne l'esoso prezzo: casi in cui la difesa del particolare, come di una cultura identitaria e delle sue tradizioni, mette a morte l'universale, ovvero i diritti e i valori che *ineriscono* l'umano stesso² e, per contro, la

² Cfr. su ciò il pregevole testo curato da Enrico Furlan in cui, attraverso interventi di illustri esperti di bioetica come P. Zatti, C. Viafora, P. Donatelli ed altri vengono descritte le differenti teorie relative alla dignità e ai diritti umani: E. Furlan, *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, FrancoAngeli, Milano, 2009.

strenua tutela di una presunta giustizia assoluta e di un bene oggettivo può ledere le identità soggettive, le culture individuali. Grande cautela va posta in ragionamenti così sensibili ove intimare il diniego di una tradizione, anche se mortifera, implica la morte dell'identità di quella stessa cultura, mentre la sua difesa mette a morte l'uomo e i suoi diritti fondamentali.

Tante sono le tradizioni dei popoli del Bénin inumane e degradanti come la schiavizzazione e prostituzione dei bambini, il traffico dei minori e il commercio dei loro organi, le mutilazioni genitali³; tuttavia, pur consapevoli della varietà delle prassi ancora perpetrate, si è deciso di prendere in considerazione solo quelle afferenti all'universo della *malattia* e della *cura*, ma nella loro versione più difficile da accettare, giacché si ricostruirà con dovizia di particolari la riduzione a *non persone* che dette tradizioni prevedono. Verrà poi descritta la dinamica sociologica sottesa che muove dal gesto di *esclusione* dei malati dal gruppo di appartenenza ed, infine, si mostreranno degli esempi di *inclusione* e *mediazione* etica che riescono a tenere insieme il rispetto delle tradizioni particolari e dei diritti universali.

Come detto, le tradizioni che verranno prese in considerazione hanno come oggetto la *malattia* e sono considerate come unica *cura* efficace sia per l'ammalato che per il gruppo che a causa di lui si contagia. Potremmo, infatti, dire di essere sempre nel novero del *folk health care system* che, però, in questo caso, non rileva alcun fondamento razionale ed, anzi, prevede azioni del tutto irragionevoli. Difatti le tradizioni che verranno descritte, ciascuna tipica e molto diffusa per la relativa patologia analizzata, hanno tutte una giustificazione prettamente ideologica e prevedono prassi minanti il rispetto della dignità umana e dei diritti, quando non della vita stessa dei soggetti coinvolti.

Recuperando la percezione della malattia proposta già nella sezione precedente, in questa parte del lavoro essa verrà condotta alle sue estreme conseguenze, giacché ci si occuperà di malattia *cronica*, talvolta curabile ma non guaribile, né attraverso la medicina moderna né con gli strumenti fitoterapeutici tradizionali, come la malformazione congenita, l'handicap grave, la malattia mentale, le malattie contagiose, la menomazione intesa come chirurgica asportazione di organi o parti del corpo per ragioni di salute ed altre.

Abbiamo già visto come, all'interno di un contesto tribale, il malato sia percepito con sospetto, reo di un "male" per il quale è stato punito o vittima di un sortilegio che gli è stato

³ Cfr. su ciò il volume curato dal Centro di ricerca interdisciplinare per l'infanzia di Cotonou (Bénin): T. Agossou (a cura di), *Regardes d'Afrique sur la maltraitance*, Karthala, Paris, 2000. Si vedano anche R. Diana, *Filosofia interculturale e questioni etiche. Il problema dell'infibulazione*, in G. Cacciatore, G. D'Anna e R. Diana (a cura di), *Mente, corpo, filosofia pratica, interculturalità. Scritti in memoria di Vanna Gessa Kurotschka*, Mimesis, Milano-Udine, 2013, pp. 215-229 (poi ripubblicato in R. Diana, *Identità individuale e relazione intersoggettiva. Saggi di filosofia interculturale*, Aracne, Roma, 2013, pp. 71-86); A. Pasquinelli, *Infibulazione. Il corpo violato*, Meltemi, Roma, 2007; Id., *Travelling bodies/ Corpi in viaggio*, in «Filosofia e questioni pubbliche», XIII (2008), 1, pp. 71-84.

“inviato” da terzi: distante dai canoni consuetudinari, perché eccedente o inferiore alla “norma”, lo stra-ordinario è considerato come un elemento di disturbo dell’armonia del gruppo, ancor più perché rappresenta per esso un costo non sempre sostenibile. La situazione addiviene estremamente più complessa nei casi di malattia inguaribile: non potendosi liberare dal male che lo abita, l’ammalato cronico è percepito *esso stesso come l’incarnazione del male*, un male contagioso e gravoso per la comunità tutta la quale non ha alternativa se non quella di eliminarlo. Il male di cui è affetto un ammalato non inerisce solo se stesso, ma, ancor più se irreversibile, si sposta dalla soggettività individua per riguardare il gruppo tutto, il che è perfettamente in linea con la nozione di identità collettiva più volte richiamata. La malattia di uno investe tutti: il gruppo, dunque, deve prevenire la contaminazione, attraverso la “messa in quarantena”, ovvero la segregazione o eliminazione dell’infecto, scaturigine del male.

La questione delle malattie croniche viene approssimata sovente in Bénin alla *sorcellerie*, fenomeno complesso e intraducibile nel nostro lessico, troppo spesso semplicisticamente ricompreso nella categorie di “tradizione africana”, ovvero alle credenze oramai improponibili nel contemporaneo mondo delle *magnifiche sorti e progressive*, ma ancora molto vive in un contesto di estrema ignoranza e povertà. Purtroppo fermarsi a tale asserzione, oltre che pregiudizievole e, dunque, contrario ai principi metodologici del percorso di ricerca intrapreso, enunciati al principio, parrebbe improprio se portato alla prova dei fatti: a tutt’oggi, in effetti, le credenze relative alla *sorcellerie* sono largamente diffuse nei differenti Paesi dell’Africa subsahariana, ma in maniera ben diversa dal passato. «La flessibilità e l’elasticità dello stesso termine “sorcellerie” gli permette di integrarsi in tutti i domini della vita, anche i più “moderni” (Geschiere, 1995). Perciò, la *sorcellerie* contemporanea non può essere spiegata in termini di “tradizione africana”. Senza dimenticare la loro storicità e la loro dinamica, le forme attuali rivelano piuttosto una “tradizione inventata” (Hobsbawm, 2007) o reinventata»⁴. La nozione di *sorcellerie* proprio per le ragioni anzidette, ovvero per non essere più del tutto assimilabile alla tradizione africana del passato della “stregoneria”, né a quella, avente tutta una serie di riferimenti altri, dello “sciamanesimo”, è difficile da trasporre nella semantica della lingua italiana, ancor più che tale lemma, reso nella versione occidentale, viene ad essere ricondotto alla categoria del

⁴ A. Cimpric, *Les enfants accusés de sorcellerie. Etude anthropologique des pratiques contemporaines relatives aux enfants en Afrique*, UNICEF Bureau Afrique de l’ouest et du centre (BRAOC), Dakar, Avril 2010, p. 5 : <https://www.unicef.org/wcaro/wcaro/Enfants-accuses-de-sorcellerie-en-Afrique.pdf> (ultima visualizzazione novembre 2016, trad. mia). L’autrice rimanda a P. Geschiere, *Sorcellerie et modernité : retour sur une étrange complicité*, in «Politique Africaine», 79 (2000), pp. 17-32 ; E. Hobsbawm, *Introduction*, in E. Hobsbawm-T. Ranger (eds.), *L’invention de la tradition*, Editions Amsterdam, Paris, 2006.

fantastico, del magico e del fantasioso, più che seriamente ricompreso nell'universo di senso dell'occultismo⁵. Per tale ragione si è deciso di non tradurlo nella lingua italiana e di lasciare la versione francese *sorcellerie*, intendendo con esso una molteplicità di fenomeni da calare nei contesti specifici, in particolare africani, ove assume una semiologia plurale e viene ad indicare la capacità di arrecare nocimento ad altri in forza di poteri mistici. Come proposto da M. Augé, la *sorcellerie* esprime una particolare visione dell'universo ed indica pertanto «un insieme di credenze strutturate e condivise da una data popolazione che toccano l'origine della sventura, della malattia o della morte, e l'insieme delle pratiche di rivelazione, di terapia e di sanzione che corrispondono a tali credenze»⁶. Di conseguenza il *sorcier* incarna un personaggio alternativamente malefico e benefico, temuto e rispettato presso le società africane per la sua familiarità con il mondo invisibile degli spiriti e degli antenati, avente capacità di prevedere, guarire e cagionare del male a terzi, non sempre volontariamente, ma per il solo fatto di esistere e di essere l'incarnazione di una forza/potere di tipo maligno.

Atteso ciò, all'attenzione della riflessione bioetica si pongono, come è evidente gli effetti dell'accusa di *sorcellerie* che nei contesti africani sovente viene rivolta ai malati, soprattutto ai malati mentali o portatori di malattie contagiose, ai bambini, in particolare malformati o portatori di handicap, e alle donne, particolarmente a quelle impossibilitate alla gestazione. Invero la taccia di essere un *sorcier* ricomprende anzitutto gli individui che per caratteristiche fisiche o comportamentali travalicano la "norma". Esemplari inconsueti che incutono timore per il loro costitutivo transcendere la soglia dell'ordinario, gli "anormali" sono temuti, la loro vita è percepita come pericolo, «le accuse frequenti sono la conseguenza diretta di un clima generale di "insicurezza spirituale" (Ashforth, 2005) causata dalla diffusione di discorsi relativi all'onnipresenza del pericolo in stretto legame con la *sorcellerie* equiparata al

⁵ Per fare solo un esempio di quello che traducono i termini "stregoneria" e "sciamanismo" si veda I.M. Lewis, *Religion in context. Cults and Charisma*, Cambridge University Press, Cambridge, 1986; tr. it. *Possessione, stregoneria, sciamanismo. Contesti religiosi nelle società tradizionali*, a cura di V. Lanternari, Liguori, Napoli, 1993. Si ricordi, inoltre, che negli anni 30 del 900 fu proposta nella terminologia anglofona dall'antropologo inglese Edward E. Evans-Pritchard che lavorava presso i Zandé nel Sudan anglo-egiziano una diversificazione tra "*witchcraft*" e "*sorcery*". A suo avviso i Zandé distinguono chiaramente "*witchcraft*" da "*sorcery*". *Witchcraft* designa per loro una sostanza, ereditaria e innata, che si situa nell'addome delle persone chiamate *witches*; tale sostanza opera talvolta indipendentemente dalla volontà del *witch*, pertanto in casi come questo la *sorcellerie* diviene un atto incoscio. Il *witch* agisce la notte in maniera invisibile, si trasforma, lascia l'involucro corporeo ed è in grado di arrecare nocimento a terzi divorandone la sostanza vitale. Per contro con *sorcerer* si intende un personaggio socialmente riconosciuto come tale, che agisce di giorno ed è capace di nuocere agli altri utilizzando delle sostanze vegetali e compiendo riti riconosciuti come nocivi. Il suo atto è sempre cosciente. Se il sapere di un *sorcerer* non è innato e può essere compiuto da chiunque, può essere anche trasmesso da una generazione all'altra. Tale distinzione fu accolta nella prima metà del secolo scorso da molti antropologi di corrente "funzionalista" interessati alla *sorcellerie* africana. Cfr. E.E. Evans-Pritchard, *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*, Clarendon Press-Oxford, London., [1937] 1976.

⁶ M. Augé, *Les croyances à la sorcellerie*, in Id. (éd.), *La construction du monde. Religion-représentation-idéologie*, F. Maspero, Paris, 1974, pp. 52-73, ivi, p. 53 (trad. mia).

male»⁷. Per tali ragioni essi sono vittime di atteggiamenti discriminatori, violenti e sinanche omicidi, giacché *si crede* che il loro *male* sia contagioso e, dunque, la loro sopravvivenza sia in antitesi con quella del gruppo.

I “*mal nés*” e con loro gli altri malati inguaribili sono visti come elementi pericolosi, forieri di morbosità e morte: rappresentano essi stessi la malattia del gruppo, dalla quale ci si può curare solo attraverso una terapia tanatologica, nel senso che prevede la messa a morte del *pathos*.

Del resto, se è vero che la cura è l'eliminazione di un fattore patogeno per salvaguardare l'integrità del tutto, ugualmente l'eliminazione del membro malato è l'unica cura per la salus (salute/salvezza) del tutto: il gruppo si cura dal pathos eliminandolo.

Presso molte comunità beninesi esistono, dunque, tradizioni che prevedono la morte dell'elemento malato, a garanzia della *salute* del gruppo. Tuttavia bisogna contestualizzare il concetto di *morte*, giacché esso talvolta andrà inteso in senso letterale, allorché ci si occuperà dell'infanticidio rituale, mentre in altri casi, come quello dei malati mentali, dei malati contagiosi e delle donne menomate, dovrà essere posto in relazione allo specioso concetto di *esclusione* che, alla luce della nozione di identità collettiva, mostrerà il suo senso più profondo. Difatti in un contesto sociale in cui il singolo ottiene un riconoscimento solo in quanto parte di un gruppo, l'esclusione dalla comunità di appartenenza è da intendere, inevitabilmente, come espropriazione della propria identità e, dunque, morte per il reietto che, isolato, privo di nome e di famiglia, avrà difficoltà – ancor più se malato inguaribile – a sopravvivere, al punto che alla morte sociale, determinata dall'esclusione, sovente segue quella fisica.

La malattia addiviene fattore di esclusione e, dunque, mortifera. Il che non va solo ascritto a motivazioni teoriche, ideologiche e culturali; negare che dietro tali processi di esclusione ci siano motivazioni pratiche, ovvero prioritariamente economiche, è miopia assai grave: la vita del disgenico rappresenta per le famiglie un costo insostenibile che non apre altra alternativa se non l'allontanamento improrogabile del membro dal gruppo quando non la sua eliminazione, il che chiama alla mente un tema mestamente caro alla Germania nazista del secolo scorso che rispetto al contesto africano sarebbe ipocrita non considerare.

Quando si argomenta di soggetti *esclusi* ci si riferisce ad individui (bambini o adulti) abbandonati sulla strada, espulsi dal gruppo familiare, o tollerati solo se nascosti o reclusi nelle abitazioni, ma privati di ogni ruolo o autorità sociale: la loro identità non ha un valore

⁷ A. Cimpric, *Les enfants accusés de sorcellerie*, cit., p. 5. L'autrice rimanda a A. Ashfort, *Witchcraft, Violence and Democracy in South Africa*, University of Chicago Press, Chicago, 2005.

ponderale per il collettivo, la loro vita perde di interesse, pertanto l'escluso non può considerarsi rappresentato o tutelato dal suo gruppo di provenienza. L'esclusione in taluni casi contempla forme di violenza anche assai crudeli, perpetrate in ossequio a credenze tradizionali come *conditio sine qua non* del ripristino dell'armonia del gruppo, del ritrovamento della salute e del reintegro dell'identità comune altrimenti scalfita e compromessa.

Vi sono dunque tradizioni che hanno familiarità con il limite: stabiliscono una cortina di ferro attorno al gruppo di appartenenza, ponendo sul *limes* coloro i quali hanno a che fare con il male e, dunque, sono considerati immeritevoli di *dignitas* e di identità. Maligni, i malati sono posti fuori dal limite identitario, venendo, così, e-limin-ati. Il limite addiviene confine di vita e di morte. Chi è fuori non è e non può essere.

Il tutto perpetrato dinanzi ad un mondo che, mentre si fa assertore della tutela universale dei diritti umani fondamentali, sembra cieco rispetto a tali inaccettabili tradizioni. Questo non può che chiamare in causa gli Stati, perché la solidarietà è un dovere civile che entra nella sfera del diritto⁸.

Tuttavia è proprio rispetto al *limite* che si solleva il dilemma: è legittimo limitare tali tradizioni che, pur essendo di confine e di confinamento, rappresentano l'essenza di un popolo? È forse plausibile addurre il ricorso al limite del diritto o dell'etica? E vi è una possibilità di intendere questi ultimi non come limiti coercitivi, ma come *miti frontiere mobili*?⁹

Il cammino di ricerca si articolerà, pertanto, tenendo conto di una serie di quesiti.

Anzitutto una delle domande che guiderà questa sezione del lavoro è se il riconoscimento di pari dignità delle altre culture e delle altrui visioni morali, asserto nella prima sezione di questo studio, possa implicare una *rinuncia ai principi* e ai diritti fondamentali che, essendo stati prodotti a partire dalla storia dell'Occidente e degli ex Stati coloniali, non possano trovare rispondenza nel contesto africano.

Un secondo interrogativo inerirà poi la passibilità della *rinuncia ad una tradizione*, se il suo divieto possa essere inteso come *gesto impositivo* da parte di una dittatura culturale che detiene la maggioranza che, pur appellandosi ai principi e ai beni insopprimibili, soffochi un'identità altra e, dunque, una vita, una tradizione ed una storia.

⁸ S. Rodotà, *Solidarietà. Un'utopia necessaria*, Laterza, Roma-Bari, 2014.

⁹ Più avanti tali questioni verranno riprese con agio, si dica sin d'ora che il riferimento alla mitezza del diritto è da ascrivere al pensiero di G. Zagrebelsky (Id., *Il diritto mite*, Einaudi, Torino, 1992) che in taluni aspetti si accorda con quello di S. Rodotà. L'espressione "frontiere mobili" vuole evocare il volume: L. Chieffi (a cura di), *Frontiere mobili. Implicazioni etiche della ricerca biotecnologica*, collana CIRB Quaderni di Bioetica, n. 5, Mimesis, Milano-Udine, 2014.

Ciò si lega ad un terzo quesito: ovvero se la tradizione africana sia da intendere come *immobile*, fissa nel suo passato ancestrale o abbia la possibilità anch'essa di mediarsi all'incontro con il tempo che sopravanza inesorabile.

Invero le tradizioni costitutivamente si basano su credenze poste al di là della storia, sortite dai luoghi, dal tempo e dal senso comune, ubicate in spazi mitici e/o utopici che sono in realtà non luoghi situati alle origini, ma che continuano ad influenzare la vita presente degli uomini. La tradizione, infatti, non solo contempla un'azione che si realizza nella storia, ma è impossibile negare che la stessa tradizione sia un prodotto della storia, delle esigenze situazionali e circostanziali di un dato popolo.

Vi sono taluni casi in cui non è semplice adattare *nel tempo* concezioni metastoriche, tuttavia bisognerà intendere, e la ricerca sul campo ha consentito di effettuare significativi passi avanti in tal senso, se, dinanzi alla minaccia delle stranezze fisiche dei malformati o di quelle comportamentali dei malati mentali, i gruppi siano ancora molto ligi al rispetto delle azioni prescritte dalla tradizione che, pur discutibili, hanno lo scopo di purificare, riparare, ripristinare l'ordine del normale, oppure siano esperibili dei mutamenti. Invero ciascuna tradizione *escludente* indagata si rivelerà essere non più *esclusiva* nella misura in cui sempre più esperibili sono dei tentativi di *inclusione* che ad essa si affiancano, rispetto ai quali è parso opportuno domandarsi se fossero da intendere come avanzamenti o travisamenti delle tradizioni.

Fare luce su tali interrogativi ci consentirà di capire se le *tradizioni* restano sempre uguali a se stesse o se siano storicizzabili, questione già, invero, occhieggiata nella sezione precedente. Accanto a ciò bisognerà trasporre il medesimo quesito alle diverse categorie di *diritti* – umani, civili, politici – cercando di intendere se esistano *in rerum natura* o, piuttosto, siano il portato di una riflessione storica e di una costruzione e, dunque, siano “culturali” a loro volta.

Tali riflessioni teoriche verranno sviluppate tenendo conto del lavoro empirico, dunque, pur prescindendo dall'arrogarsi pretese di emulare impropriamente il pregevole ed arduo lavoro di antropologi, etnologi ed africanisti, si detaglieranno minutamente gli aspetti delle tradizioni incontrate. Del resto, come si è più volte detto, la bioetica statutariamente ha da tenere conto di discipline plurime, perché di esse si sostanzia, pertanto al fine di portare all'attenzione la questione complessiva del rapporto tra tradizioni e diritti è parso non eludibile un tentativo di approssimazione – pur lacunoso e certo ardito – alle tradizioni culturali beninesi più crude e difficili da accettare giacché solo addentrandosi per queste

strette vie è parso possibile proporre un dialogo tra due universi usualmente avvezzi ai monologhi: quello degli attori sociali locali e il quadro normativo internazionale.

CAPITOLO PRIMO

La nascita con disabilità: la tradizione degli enfants sorciers

E' oltremodo noto che la nascita nei Paesi in via di sviluppo rappresenti uno dei temi più sensibili e delicati per la difficoltà della sopravvivenza dei nuovi nati in luoghi in cui le condizioni sanitarie sono ancora precarie e molto diffuse sono le malattie trasmissibili e non trasmissibili che nel cd. Primo mondo sono superate da tempo, oltre che per le stesse modalità e circostanze in cui il nuovo nato viene alla vita che, nella maggior parte dei casi, non sono affatto rispondenti a quelli cui siamo avvezzi noi, uomini e donne occidentali.

Quando, poi, la nascita viene ad essere segnata dalla disabilità, la questione diventa ancora più speciosa e questo per tutta un'evidente serie di ragioni anche economico-sociali relative alla gestione del disabile da parte delle famiglie, come delle politiche sanitarie statali ancora evidentemente lacunose nei Paesi in via di sviluppo, il che chiama in causa troppi attori e temi, prevalentemente politico-economici in questa sede non questionabili con l'approfondimento dovuto.

Avere un figlio disabile in un Paese in cui anche gli abili hanno difficoltà a vivere conduce sovente i genitori a scelte non semplici, come quella di dichiararsi incapaci di portare quella vita all'esistenza. In casi come questo giudicare non è possibile e, certo, neanche giustificare, tanto più se una decisione così gravosa, piuttosto che essere portata al vaglio della ragione e della consapevolezza, viene ascritta ad un complesso intreccio di *tradizione* e religiosità. Il concetto di *scelta* e di responsabilità vengono così ad assumere coloriture differenti, suscettibili di un'analisi più ampia.

Pertanto si proverà ad approssimare il tema anzidetto da un precipuo punto di vista che, nella misura in cui verrà portato all'attenzione della riflessione bioetica, che per sua natura è plurima e animata dall'interrogazione interdisciplinare, verrà restituito alla sua multidimensionalità.

Ancora una volta il Bénin manifesta la sua esemplarità rispetto al tema prescelto a causa del suo essere, come più volte detto, *culla della religione vodun*. Culto complesso, il vodun permea le trame delle dinamiche socio-antropologiche dei gruppi nativi, dettando le norme della vita religiosa, ma anche politica e quotidiana delle singole comunità.

«Considerato un bene prezioso, come una ricchezza sia in senso simbolico che materiale, il bambino, sin dal concepimento, entra a far parte della storia familiare legata alla perpetuazione della stirpe. La sua identità è sociale più che individuale. Tradizionalmente, la nascita è consacrata da un rito di integrazione nella famiglia durante il quale viene dato il nome al neonato e viene

designato il “joto”, l’antenato protettore, che in lui si incarna. Presso molte comunità beninesi, tale atto è considerato come più significativo della registrazione civile della nascita. Si pensa, inoltre, che la posizione del corpo alla nascita traduca un messaggio divino: un bambino nato con parto podalico o con il cordone ombelicale attorno al collo, etc. Allo stesso modo i gemelli sono considerati soprannaturali. Così, per esempio nel sud del Bénin, dove più si pratica il vodun, è dedicato un culto ai gemelli che sono considerati espressione di una “superfecondità”, allo stesso modo che i bambini nati con delle malformazioni e degli albin, chiamati “geni dell’acqua”. In casi come questi si parla di bambini dotati di poteri sovranaturali che vengono onorati o si cerca di far sparire perché possono essere nocivi [per le comunità]»¹⁰.

Attesa una significativa presenza non sottostimabile dell’handicap neonatale nel continente africano (secondo le statistiche oltre il 10% dei bambini africani soffrono di un handicap, in generale dovuto a dei problemi genetici, delle complicazioni alla nascita, delle malattie come la poliomelite, il morbillo, la meningite, la malarie cerebrale, come alla salute e alimentazione mediocri)¹¹, le culture locali, pur afferenti all’universo vodun, accolgono la nascita travalicante il “normale”, stra-ordinaria, in maniera non sempre affine.

Presso alcuni popoli del Bénin il neonato malformato, mostruoso, eccezionale, perché eccedente la norma, è considerato di grande auspicio e ricchezza per la comunità tutta, segno di predilezione del divino, da accogliere con doni e feste da offrire in suo onore alla famiglia toccata da tale onorevole sorte. È evidente la dinamica antropologica sottesa a tale tradizione, esplicitantesi nel sostegno materiale ed economico di vicini e parenti che rappresenta un indispensabile aiuto per le famiglie segnate dalla disabilità.

Per altre versioni del medesimo culto, concentrate presso le tribù del nord del Paese, i bambini nati con particolari patologie deturpanti (in special modo idrocefalo o affetti da trisomia 21) sono malvisti, percepiti come una minaccia. Ma questo trova la sua giustificazione nella costitutiva *ambivalenza del sacro*¹²: *fascinans* eppure allo stesso tempo *tremendum*¹³.

¹⁰ Organisation mondiale contre la Torture - Enfants solidaires d’Afrique et du Monde - Animation et Développement des Initiatives Artisanales et Aide à l’Enfance, *Droit de l’enfant au Bénin*, Rapport alternatif au Comité des Nations Unies des droits de l’enfant sur la mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l’enfant au Bénin, 43^e session – Genève, septembre 2006, p. 26 : http://www.omct.org/files/2005/09/3074/rapport_alt_benin_enfants_09_2006.pdf (ultima visualizzazione novembre 2016, trad. mia).

¹¹ Secondo il censimento generale della popolazione del 2002, la popolazione totale delle persone con disabilità è pari a 172,870 persone. I bambini disabili sotto i 10 anni rappresentano l’11,6% e i bambini disabili di meno di 15 anni rappresentano il 18% della popolazione totale delle persone con disabilità che vivono in Bénin. Gli handicap che più sono frequenti nei minori di 15 anni sono: la paralisi degli arti inferiori (16,5%), sordità (13,8%) e cecità (11,9%). Cfr. Comitato dei diritti dell’infanzia, *Esame dei rapporti presentati dagli Stati Membri in applicazione dell’art. 44 della Convenzione sui diritti dell’infanzia*, 20 gennaio 2015: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FBEN%2F3-5&Lang=en (ultima visualizzazione novembre 2016)

¹² Lo studioso Mircea Eliade nel *Trattato di storia delle religioni* scrive in proposito che «l’ambivalenza del sacro non è esclusivamente di carattere psicologico (nella misura in cui attira o respinge), ha anche carattere

Nei contesti socioculturali in cui l'handicap è percepito come una maledizione la nascita di un bambino malformato addiviene segno del malcontento degli dèi o degli antenati contro una specifica famiglia o comunità che si presume rea di trasgressioni di divieti o colpe specifiche. È noto, infatti, che in Africa al «primo mondo», ovvero quello della realtà quotidiana, va affiancato un «secondo mondo»: una realtà invisibile e spirituale che influenza la prima, ed è proprio da qui, da questo non luogo che si sottrae allo spazio e forse anche al tempo, che provengono i mali e, dunque, i malati¹⁴. Secondo molte tradizioni, dunque, il neonato malformato si ritiene debba essere «riinviato» agli dèi o agli avi per annunciare loro che il messaggio è stato ricevuto: tale è la radice culturale dell'infanticidio rituale che prevede l'omicidio del nuovo nato in gran segreto.

Una via di comunicazione con il mondo dei non vivi è l'acqua, dal che segue che una modalità di restituzione del malato al suo luogo di provenienza passa attraverso il suo annegamento¹⁵. Difatti presso molte comunità beninesi, soprattutto del sud e della parte centrale del Paese, i neonati malformati vengono ricompresi entro la categoria dei «tohossu» o «toxolu»¹⁶, facente capo alla tradizione vodun della divinità «To», «Tohossu» o «Toxosu», che significa «re delle acque»¹⁷.

assiologico; il sacro è, nello stesso tempo, «sacro» e «contaminato». Commentando il detto di Virgilio *auri sacra fames*, Servio nota giustamente che *sacer* può significare tanto «maledetto» che «santo». Eustazio nota il medesimo significato doppio di *haghios*, che può esprimere contemporaneamente l'idea di «puro» e di «contaminato». M. Eliade, *Traité d'histoire des religions*, Payot, Paris, 1948; tr. it. *Trattato di storia delle religioni*, a cura di V. Vacca, Bollati Boringhieri, Milano, (I ed. 1976) 1996, p. 19.

¹³ R. Otto, *Das Heilige* [1917]; tr. it. *Il sacro*, a cura di E. Buonaiuti, SE srl, Milano, 2009, p. 49 : «Il contenuto qualitativo del numinoso (su cui il misterioso imprime la *forma*) è, da un certo punto di vista, il momento già analizzato del tremendo che incute raccapriccio, ricco di *majestas*. Ma da un altro è qualcosa di attraente, di catturante, di affascinante, che si intreccia in una strana armonia contrastante con il momento raccapricciante del *tremendum* (...). Lo chiamiamo il «momento *fascinans*» del *numen*».

¹⁴ F. de Boeck, *Le «deuxième monde» et les «enfants-sorciers» en République démocratique du Congo*, in «Politique africaine», 80 (2000), pp. 32-57, ivi, p. 33 (trad. mia).

¹⁵ Cfr. Comitato dei diritti dell'infanzia, *Esame dei rapporti presentati dagli Stati Membri in applicazione dell'art. 44 della Convenzione sui diritti dell'infanzia*, cit., p. 35.

¹⁶ Cfr. interviste *infra*, pp. 406-503.

¹⁷ La leggenda narra che la divinità Tohossu si sia incarnato nel figlio del re Dakodonou, nato malformato e deceduto pochi giorni dopo la nascita. Poco dopo il re Houegbadja diede alla luce un bambino, nato con tutti i denti e capace di parlare, il quale dice di essere stato inviato da Tohossu, figlio deceduto del re Dakodonou. Il nome del nuovo nato è Zomadonou, che si dimostra capace di pervertire le leggi naturali e si fa tutore della giustizia contro malfattori e criminali (cfr. <http://www.patrimoinebenin.org/index.php/recherche-images/468-tohossou-croyance-aire-culturelle-adja-tado>). «Tohossu, Tohossu o Tohossou – è una categoria del Vodun, che significa «re delle acque». Essa appartiene alla tradizione di Abomey, Agbado, Azili, Gudu e Dido. Il suo culto proviene dalla convinzione che i bambini nati con malformazioni fisiche siano spiriti delle acque incarnati; il costume prevedeva che tali bambini fossero da restituire all'acqua. (...) Il più noti Tohossu appartengono alla famiglia reale di Abomey, guidati da Zomadonou»: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Tohosu> (trad. mia). Cfr. anche *Tohossu: Royal Guardian of the Physically & Mentally Gifted* : <http://www.mamiwata.com/tohosou.html> (ultima visualizzazione dicembre 2016), tale reportage descrive una particolare versione della tradizione: i Tohossu, di stirpe regale, apparsi per la prima volta durante il regno di Re Akaba, il secondo re del Dahomey (1685-1708), erano conosciuti come i «bambini e custodi dei tre fiumi», luogo in cui vivono gli antenati e in cui tutti i defunti devono passare prima di entrare nel sacro regno sottomarino. Il primo bambino nato con una malformazione fisica della stirpe dei regnanti del Dahomey fu Zumadunu, che dopo la sua morte divenne capo di una stirpe

Non poche tradizioni primitive sottolineano il valore simbolico dell'acqua¹⁸: per la tradizione dei "tohosu" la divinità si incarna nel seno delle innocenti, dando loro quella che per taluni è considerata sventura, per altri privilegio, di partorire infanti segnati da gravi malformazioni. Tali neonati, in molte versioni del culto riportato, vengono accolti come doni sacrificali che nascono con il precipuo scopo di essere "restituiti" al loro padre.

I bambini malformati rappresentano così allo stesso tempo un simbolo di predilezione della famiglia da parte del Dio "Toh" e una "prova" di fedeltà: solo se la famiglia restituirà quei figli al padre, attraverso l'abbandono nei fiumi e l'annegamento nelle acque¹⁹, il Dio

potente di spiriti ancestrali ai quali dovevano essere offerti sacrifici speciali. Durante il regno del Re Gele fu perpetrata la più atroce persecuzione dei discendenti delle famiglie reali e furono sacrificati moltissimi malformati fisici e mentali. Inoltre il nuovo re si rifiutò di rendere omaggio agli antenati i quali si manifestarono in corpi di adulti malformati che gettarono caos e distruzione nella corte e nei villaggi. Immediatamente, il re chiamò l'indovino Afa per accertare quale fosse il problema e cosa si sarebbe potuto fare per placare gli spiriti arrabbiati. Dopo un'attenta consultazione, il Tohosou cominciò a parlare. Oltre a chiedere che tutti i re erigessero un santuario vicino ai principali vodun per rendere loro omaggio, ordinò di interrompere la persecuzione dei malformati fisici e mentali. Da quel momento i malformati sono considerati come protettori del villaggio, una benedizione degli antenati: è uso, infatti, che nelle famiglie in cui nascono malformati vengano eretti piccoli santuari in onore di quegli antenati: coloro che scelgono di farlo sono ricompensati con speciali benedizioni e prosperità.

¹⁸ Eliade dedica una parte importante del suo *Trattato di storia delle religioni* alle acque e al simbolismo acquatico nelle religioni sottolineando che «alla multivalenza religiosa dell'acqua corrispondono, nella storia, numerosi culti e riti accentrati intorno alle sorgenti, ai fiumi e ai corsi d'acqua; culti dovuti anzitutto al valore sacro che l'acqua, come elemento cosmogonico, incorpora in sé, ma anche all'epifania locale, alla manifestazione della presenza sacra in un certo corso d'acqua o in una certa fonte. Queste epifanie locali sono indipendenti dalla struttura religiosa sovrapposta. L'acqua cola, è "viva", è agitata; ispira, guarisce, profetizza. In sé stessi la fonte e il fiume manifestano la potenza, la vita, la perennità; sono, e sono vivi. Acquistano così un'autonomia, e il loro culto dura malgrado altre epifanie e altre rivelazioni religiose. Rivelano incessantemente la forza religiosa che loro è propria, partecipando contemporaneamente al prestigio dell'elemento nettunio» Ivi, pp. 206-207. «Tutte le valenze metafisiche e religiose delle Acque formano così un complesso di perfetta coerenza. Alla cosmogonia acquatica corrispondono – sul livello antropologico – le hylogenie, la credenza che il genere umano è nato dalle acque (...). Ma, tanto sul livello cosmologico quanto su quello antropologico, l'immersione nelle acque non equivale a una estinzione definitiva, è soltanto reintegrazione passeggera nell'indistinto, a cui succede una nuova creazione, nuova vita o uomo nuovo, secondo che ci troviamo di fronte a un momento cosmico, biologico o soteriologico (...). Quale che sia il complesso religioso nel quale appaiono, la funzione delle acque si manifesta sempre la stessa: disintegrano, aboliscono le forme, "lavano i peccati", purificando e insieme rigenerano (...) Ogni contatto con l'acqua, se è praticato con intenzione religiosa, riassume i due momenti fondamentali del ritmo cosmico: la reintegrazione nelle acque e la creazione». Cfr. M. Eliade, *Trattato di storia delle religioni*, cit., pp. 220-221 (cfr. tutta la parte V del *Trattato* dal titolo *Le acque e il simbolismo acquatico* pp. 193-221).

¹⁹ Presso molte religioni tradizionali, conferma Eliade, «l'immersione nell'acqua simboleggia la regressione nel preformale, la rigenerazione totale, la nuova nascita, perché l'immersione equivale a una dissoluzione delle forme, a una reintegrazione nel mondo indifferenziato della presistenza (...). L'acqua conferisce una "nuova nascita" per mezzo del rituale iniziatico; guarisce col rituale magico, garantisce la rinascita dopo la morte con i rituali funebri (...). Poiché le acque sono la matrice universale, nella quale sussistono tutte le virtualità e prosperano tutti i germi, si comprendono facilmente i miti e le leggende che derivano dalle acque il genere umano o una data razza (...). La melma, *limus*, è il luogo delle hylogenie per eccellenza. I bastardi erano assimilati alla vegetazione dello stagno, e gettati nel fango delle sponde, matrice inesauribile; in senso rituale erano così reintegrati alla vita impura donde erano usciti, simili alle erbe grasse, alle canne dei giunchi palustri. Tacito dice dei Germani "ignavos et imbelles et corpore infames caeno ac palude, iniecta insuper crate, mergunt" (...). Simbolo cosmogonico, ricettacolo di tutti i germi, l'acqua diventa la sostanza magica e medicinale per eccellenza; guarisce, ringiovanisce, assicura la vita eterna. Cfr. M. Eliade, *Trattato di storia delle religioni*, cit., pp. 194-199.

ricompenserà il sacrificio a lui offerto con abbondanti fortune; se, invece, il gruppo deciderà di tenere per sé quel figlio non suo, grandi sventure dovranno essere attese da parte di tutti.

L'annegamento del bambino, avvalendosi del potere oblativo dell'acqua²⁰, emenderà le colpe dei rei e l'ira del dio, ma il mancato assolvimento della prassi tradizionale condurrà l'intera comunità, e non solo la famiglia del nuovo nato, ad una vita segnata dalla cattiva sorte determinata dall'ira del Dio "Toh" che punisce coloro i quali decidono di non sacrificargli il suo stesso figlio, nato proprio per assolvere a quello scopo.

Il malformato, in quanto malato, dunque rimandante alle categorie dell'insolito e del pauroso che la malattia, il male e la morte evocano, è un *tabù*. «Il cosiddetto *tabù* (...) è precisamente la condizione delle persone, degli oggetti e delle azioni "isolate" e "vietate" per il pericolo rappresentato dal loro contatto. In generale, sono o diventano *tabù* tutti gli oggetti, azioni o persone che portano, in virtù del modo di essere loro proprio, o acquistano per rottura di livello ontologico, una forza di natura più o meno incerta»²¹.

La tradizione dei *tohossu* va ricompresa in quella più ampia relativa agli *enfants sorciers*²², diffusa in molti Paesi dell'Africa occidentale, in particolare su tutto il territorio del Bénin, presso le tribù Bariba²³, Baatonou, Baatombu²⁴, Peulh, Boko e Gando e, più in

²⁰ «Ancora ai nostri giorni, in Cornovaglia, i bambini ammalati sono tuffati tre volte nel pozzo di San Mandron. In Francia esiste un numero notevole di fontane e di fiumi che risanano (...). All'infuori di queste sorgenti, altre acque hanno un valore nella medicina popolare. In India le malattie sono gettate nell'acqua. Gli Ugrofanni spiegano un certo numero di malattie con la profanazione o l'impurità delle acque correnti (...). La purificazione per mezzo dell'acqua ha le stesse proprietà; tutto si "scioglie" nell'acqua, ogni "forma" si disintegra, qualsiasi "storia" è abolita; nulla di quanto esisteva prima rimane dopo un'immersione nell'acqua, nessun profilo, nessun "segno", nessun "avvenimento". L'immersione equivale, sul piano umano, alla morte, e sul piano cosmico alla catastrofe (il diluvio) che scioglie periodicamente il mondo nell'oceano primordiale. Disintegrando ogni forma, abolendo ogni storia, le acque possiedono questa virtù di purificazione, di rigenerazione e di rinascita, perché quel che viene immerso in lei "Muore" e, uscendo dalle acque, è simile a un bambino senza peccati e senza "storia", capace di ricevere una nuova rivelazione e di iniziare una nuova vita "propria"». Ivi, pp. 200-201.

²¹ Ivi, p. 20.

²² Cfr. J. Tonda, *La violence de l'imaginaire des enfants-sorciers*, in «Cahiers d'Études africaines», XLVIII (2008) 1-2, pp. 325-343.

²³ Cfr. su ciò C.F. Sargent, *Born to Die: Witchcraft and Infanticide in Bariba Culture*, in «Ethnology», 27 (1988) 1, pp. 79-95.

²⁴ Tale popolo, prevalentemente presente al nord-est della regione del Bénin, pratica l'infanticidio rituale più di altri. L'enfant sorcier è da esso definito *bii yon'bou*, molto spesso i suoi genitori vengono a mancare a seguito della sua nascita, il che quando non lo conduce alla morte immediata per mano dei boia, lo rende vittima di esclusione sociale che dura tutta la vita. Capita che a seguito di cerimonie rituali i *bii yon' bou* vengano riammessi, ma accade più sovente che famiglie del vicinato si prendano cura di lui o lo accolgano con il precipuo scopo di fare di lui uno schiavo, una proprietà preposta a lavori non pagati di ogni sorta. Su ciò si veda G. Guèdègbé, *L'infanticide rituelle chez les baatombou au nord-est du Bénin : La face cachée d'une pratique culturelle en pleine mutation*, in «L'Événement précis», 27/12/07 : <http://levenementprecis.com/2007/12/27/infanticide-rituelle-chez-les-baatombou-au-nord-est-du-beninla-face-cachee-d-une-pratique-culturelle-en-pleine-mutation/> (ultima visualizzazione novembre 2016). Si tenga in considerazione come studio rigoroso di grande importanza perché redatto da un beninese la tesi online di Yélognissè Vitalien Raoul Adoukonou, dal titolo: *Contribution aux stratégies de communication pour l'éradication de l'infanticide rituel en milieu baatonu de Bori, commune de N'Dali, Université d'Abomey-Calavy, a.a. 2006-2007* : <http://www.memoireonline.com/07/08/1190/contribution-strategies-communication-eradication-infanticide-rituel-baatonu.html> (ultima visualizzazione novembre 2016).

generale, al nord del Paese²⁵ in cui sono maggiormente radicate pratiche ataviche, il che dunque si rela all'annoso problema dell'infanticidio rituale perpetrato in linea di massima per due ordini di ragioni:

- credenze legate alle consultazioni di oracoli o di divinità. Ciarlatani o divinazioni stabiliscono il nuovo nato è un *enfant sorcier* pur prescindendo dal suo stato di salute, ma non è questa la fattispecie di cui ci occuperemo;
- credenze relative ad alcune modalità del venire alla vita del neonato e alle sue caratteristiche peculiari o fisiche stabiliscono un legame con la *sorcellerie* e prevedono per lui una sorte drammatica di abbandono, vendita come schiavo²⁶ o, il più delle volte, di morte.

È proprio rispetto a quest'ultima circostanza, legata sia al culto vodun che a credenze afferenti a tradizioni peculiari di singoli gruppi etnici, che ci intratterremo, giacché viene chiamato in causa il tema della malattia ed il modo tradizionale di "curarla" di cui ci stiamo occupando in queste pagine.

A differenza dell'infanticidio inteso in senso generale che può avere diverse motivazioni (ad esempio economiche, si pensi alla purtroppo molto diffusa vendita di bambini o dei loro organi), per chiarire il concetto di infanticidio rituale bisogna aggiungere quel sovrappiù di credenze culturali, identitarie per molte comunità beninesi, che afferiscono ad una dimensione segreta e iniziatica, ad un dominio al quale hanno accesso solo in pochi che contempla l'esecuzione segreta dei neonati e rende complessa la valutazione delle

²⁵ La pratica dell'infanticidio rituale investe le comunità di Bembèrèkè, Sinendé, Kalelé, Nikki, N'dali, Parakou, Pèrèrè, e Tchaourou nel dipartimento di Borgou, ma esiste anche nei comuni di Banikoara, Gogounou, Kandi e Segbana nel dipartimento di Alibori, all'estremo nord del Paese. Su ciò cfr. Franciscans International, *Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, Examen de la République du Bénin*, 71^{ème} session, 11-29 janvier 2016, *Rapport alternatif conjoint présenté par Franciscans International et Franciscans Bénin*, Genève, décembre 2015 :

http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/BEN/INT_CRC_NGO_BEN_22506_F.pdf (ultima visualizzazione novembre 2016).

²⁶ «Informatori rurali nel 1976 indicarono che il più pericoloso segno che identifica un *enfant sorcier* è considerato il parto podalico e lo spuntare del primo dente nella gengiva superiore. Questi bambini sono tendenzialmente uccisi o dati via ai Fulbe, vicino gruppo etnico di pastori, che li tengono come schiavi. Allo stesso modo Baldus (1974) ha descritto il processo, frequente nel periodo precoloniale, in forza del quale i Fulbe, che non condividevano le stesse credenze dei Bariba, periodicamente prendevano bambini abbandonati nella foresta per tenerli con sé. In seguito, i Bariba hanno cominciato a dare direttamente i bambini ai Fulbe, presso i quali andavano a formare una categoria di schiavi conosciuta come *machube* (Baldus 1974: 362). Dalla rivoluzione socialista del Bénin del 1972, che condusse all'emancipazione degli schiavi, la politica governamentale sottolineò l'illegalità della prassi del dare i bambini ai Fulbe o darli ai Fulbe come schiavi. Comunque, molti informatori indicano che la pratica continua, e in diverse occasioni individui noti per essere *machube* sono stati identificati nei mercati regionali» C.F. Sargent, *Born to Die: Witchcraft and Infanticide in Bariba Culture*, cit., p. 81 (trad. mia). L'autore si riferisce al testo di B. Baldus, *Social Structure and Ideology: Cognitive and Behavioral Responses to Servitude among the Machube of Northern Dahomey*, in «Canadian Journal of African Studies», 8 (1974) 2, pp. 355-383.

responsabilità e l'attribuzione della *colpa* ad uno specifico individuo che si rende artefice del gesto mortifero.

1. *Ex lege, extra lege. Gli esclusi, vittime dei propri costumi*

È un fatto che in molti contesti di estrema povertà, in particolare in Africa centrale, i bambini malformati, affetti da anemia falciforme, epilettici o malati mentali²⁷, siano oggetto di gravi stigmatizzazioni che vanno dalla descolarizzazione all'abbandono sulle strade o nella foresta, legate in alcuni casi all'accusa di *sorcellerie*.

«Il tema degli *enfants-sorciers* si ritrova in Bénin, ma anche in Nigeria, in Liberia, in Angola, in Sudafrica, Camerun e in Repubblica del Congo. A nord del Bénin il fenomeno dei bambini detti “stregoni” esiste sotto altre forme e si esplica soprattutto nella forma di una peculiarità rapportata ai “modi della nascita”: un bambino che nasce dai piedi, dalle spalle o in posizione podalica è considerato maledetto ed ucciso alla nascita»²⁸. Difatti, accanto ai criteri legati al'handicap fisico, presso alcune comunità vengono considerati anche alcuni peculiari criteri di nascita che possono condurre all'eliminazione del neonato.

Una nascita è considerata ricomprendibile entro le categorie del “normale” se:

- La gravidanza si conclude al nono mese, non prima né dopo;
- Il bambino viene fuori dal grembo materno in posizione cefalica e con il viso rivolto al cielo;
- Il neonato emette subito un forte pianto;
- La madre non muore di parto;
- Il neonato non presenta denti alla nascita;
- Il neonato è alla vista sano;

Invece non è possibile sottrarsi all'accusa di *sorcellerie* se:

- Il neonato viene alla luce prematuramente, soprattutto è visto con sospetto il nato all'ottavo mese;
- Il neonato si presenta con il volto rivolto contro la terra, per i piedi o in posizione podalica (si pensa voglia dominare il mondo);
- Il neonato non grida al momento della nascita;

²⁷ D. Bonnet, *Identité et appartenance: interrogations et réponses moose à propos du cas singulier de l'épileptique*, in «Cahiers des sciences humaines. Identités et appartenances dans les sociétés sahéliennes», C. Fay (éd.), ORSTOM, Paris, 2 (1995), pp. 501-522.

²⁸ D. Bonnet, *Repenser l'hérédité*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2009, p. 50 nota 78 (trad. mia).

- La madre non sopravvive al parto;
- Il neonato già al momento della nascita presenta dei denti (la tradizione ritiene che la notte il neonato mangerà i beni della famiglia conducendola in rovina²⁹);
- Il bambino presenta delle malformazioni congenite come ano imperforato, fistola ano-vaginale, idrocefalia, spina bifida, cheiloschisi o labiopalatoschisi, cecità congenita, assenza totale o parziale di una o più parti del corpo o anomalo sovrannumero di membri od organi³⁰.

Presso alcune tribù, invece, viene posta in questione la “normalità” dei gemelli (particolarmente malvisti sono i siamesi)³¹ e degli albinì³², il che rende entrambe le categorie esposte al rischio di infanticidio. Invero per alcune tribù la nascita di gemelli, soprattutto se entrambi maschi, è considerata una maledizione, per altre è vista come di grande auspicio. Lo stesso si dica per gli albinì il cui pallore della pelle rievoca in qualche modo una familiarità con il mondo dei morti, ma anche in questo caso la loro eccezionalità, come nel caso più generale dei *tohossu*, è vissuta in maniera diversa – come augurio o sventura – a seconda del contesto di nascita.

Dunque se si verifica uno dei casi sopraelencati identificanti l'*enfant sorcier*, l'ostetrica o colei che ha aiutato la gestante al momento del parto (*la matrone*) scappa via dal luogo in cui è stato partorito l'infante con la madre, lasciando il nuovo nato al suolo sino all'arrivo del boia (*bourreau*) che lo ucciderà. In molti contesti, prima di fuggire, la matrona

²⁹ Si veda il reportage D. Avimadjessi- B. Speziali, *On tue les enfants sous vos yeux – Infanticide rituel : le cas du Bénin* http://www.uee.be/avimadjessi_4b.htm (ultima visualizzazione novembre 2016).

³⁰ «Gli *enfants-sorciers* non possono essere considerati come una *credenza nuova* a meno che non li si intenda come dei prodotti degli *eccessi* della storia che perde il controllo, producendo delle identità di soggetti *sopraffatti* ed *esasperati* dalla mancanza o dalla carenza di materialità. Tali elementi materiali che mancano sono allora simbolizzati attraverso l'“organo della sorcellerie” o il diavolo presente nei corpi degli *enfants sorciers*. Si tratta dunque di “corpi di troppo”, di “escrescenze organiche” che, secondo la credenza, occasionalmente “escono” dai corpi dei soggetti, per ancorare a *mangiare*, a loro rischio e pericolo “la carne degli altri”. Tale metafora dell'“uscita”, intesa come fuoriuscita da se stessi, è indiscernibile dalla *deparentalizzazione* come uscita dalla parentela, dalla famiglia, dal “villaggio”, dal “luogo”, e anche, dalla storia. È, in quanto “esperienza” straordinaria, “sovrannaturale” di stupro e violazione del corpo (Heritier 1996, 13-53) degli altri per *mangiarlo* (per mancanza di cibo), ma anche “esperienza” di rischio del proprio corpo, l'espressione, nel contesto storico contemporaneo, dell'“uscita” dai *luoghi e dal senso comune* consueti da parte di soggetti sopraffatti, esasperati che infliggono o subiscono violenza *al di fuori dei luoghi del lignaggio* della modernità: la strada, la Chiesa, la casa stessa o la “porzione” che fuoriescono dai loro significati storici» J. Tonda, *La violence de l'imaginaire des enfants-sorciers*, in «Cahiers d'Études africaines», cit., pp. 330-331 (trad. mia), dove l'autore fa riferimento a P. Geschiere, *Sorcellerie et politique en Afrique. La viande des autres*, Karthala, Paris, 1995 e F. Héritier, *De la violence*, Odile Jacob, Paris, 1996 (in part. pp. 13-53).

³¹ Cfr. H. Ball- C. Hill, *Reevaluating Twin Infanticide*, in «Current Anthropology», 37 (1996) 5, pp. 856-863.

³² V. Battaglia, *Albinisme. Mythes et persécution en Afrique*, in «Terra Nova», 1 agosto 2008 : <http://www.dinosoria.com/albinisme.html> (ultima visualizzazione novembre 2016). Cfr. T. Nathan, *L'étranger ou le pari de l'autre*, Editions Autrement, Paris, 2014; N. Michel, *Tobie Nathan : « L'existence des enfants sorciers est un phénomène moderne assez récent »*, in «Jeune Afrique», 29 Maggio 2014 : <http://www.jeuneafrique.com/53058/societe/tobie-nathan-l-existence-des-enfants-sorciers-est-un-ph-nom-ne-moderne-assez-r-cent/> (ultima visualizzazione novembre 2016). Cfr. anche il sito : <http://www.albinismo.it/albini-in-africa-albinismo-44>.

prende un tronco d'albero per barricare le porte al fine di impedire all'*enfant sorcier*, munito di forze occulte, di fuggire. La donna avverte il capo della comunità che va a cercare gli assassini i quali, una volta sul luogo, aprono la porta e portano il bambino verso una destinazione dalla quale non tornerà più. Lì il cranio del piccolo essere inoffensivo è fracassato contro un albero; altri invece lo interrano vivo, altri, come visto, lo annegano³³.

Dopo aver perpetrato l'atto del dare la morte, i boia, detti anche "riparatori", ritornano al villaggio come liberatori per ricevere le loro ricompense che variano da una regione all'altra. Generalmente un panno nero, una capra nera e tutto quello che era stato preparato per il bebè, come la legna da ardere e un'ingente somma di denaro³⁴.

Oltre a quella descritta, altre modalità per "riparare" al danno della *nascita indesiderata* sono: l'asfissia (il bambino è messo per una mezza giornata in una giara chiusa ermeticamente alla quale sono stati aggiunti degli stracci) o l'avvelenamento (il boia fa bere al bambino un potente veleno che lo condurrà alla morte in pochi minuti). Dopo la morte dell'*enfant sorcier*, il suo corpo può essere abbandonato, interrato o essiccato dai boia che spesso hanno bisogno degli organi di questo tipo di bambini come ingredienti per comporre amuleti o effettuare riti (*gris-gris*)³⁵.

Uno dei segni che indica l'ingresso ufficiale del nuovo nato nella comunità è l'attribuzione del nome, come forma di riconoscimento di esistenza, che sovente è assegnato dopo i primi anni di vita. L'esperienza presso l'ospedale di Gbemontin, come si vedrà più oltre, ha consentito a chi scrive di apprendere che i genitori sono restii a dare un nome ai bambini soprattutto in caso di cheiloschisi:

«Quando un essere umano viene al mondo con una evidente malformazione facciale, del tipo della schisi labiale, associata eventualmente a mancata saldatura delle due parti del palato, presenta problemi di suzione, di respirazione e successivamente di fonazione. È un bambino diverso e nella cultura locale probabilmente il prodotto di un maleficio. Se non muore nei primi giorni, per problemi connessi direttamente alla malformazione facciale oppure ai difetti associati, è necessario metterlo in condizioni di alimentarsi. (...). Fino alla riparazione definitiva del danno estetico e funzionale, la famiglia "sospende" la sua venuta al mondo. Per questa ragione non gli viene assegnato alcun nome. Per noi è incomprensibile, ma il contesto, la storia secolare, le credenze, le tradizioni, la povertà delle cure sono così diversi che nessuna censura morale può essere

³³ Cfr. G. Guèdègbé, *L'infanticide rituelle chez les baatombou au nord-est du Bénin*, cit.

³⁴ Si veda inoltre un'intervista al prof. Léon Bio Bigou dell'Università di Abomey Calavi riportata sul sito <http://www.vidome.com/non-classe/benin-les-traditions-et-les-enfants-sorciers-630> (ultima visualizzazione novembre 2016).

³⁵ Cfr. G. Guèdègbé, *L'infanticide rituelle chez les baatombou au nord-est du Bénin*, cit.

comminata. Sarà solo la guarigione a segnare a pieno titolo l'ingresso del bambino in una vita normale»³⁶.

Difatti, anche se «tecnicamente (...) con infanticidio ci si riferisce solo alla deliberata eliminazione di infanti umani al di sotto di un anno d'età», «le motivazioni specifiche che hanno condotto gli adulti a temere i neonati sono varie e non cessano necessariamente di sussistere dopo il compimento del primo anno di vita»³⁷; pertanto superare la fase iniziale della nascita non rende il bambino immune dall'accusa di *sorcellerie*, ripalesantesi nel caso in cui la prima dentizione cominci prima del compimento degli otto mesi e i primi dentini spuntino dalla mascella superiore o se il bambino si mostri particolarmente precoce, ad esempio se inizia a camminare tra i sette e gli otto mesi, se mostra un ritardo mentale o, infine, se seguono alla sua nascita una serie di sventure per la comunità, come la morte improvvisa di parenti o l'ammalarsi di persone vicine.

Ciò indica invero un atteggiamento di sospetto nei confronti delle tribù rispetto ai nuovi venuti, considerati elementi di rischio e di pericolo per l'armonia del gruppo.

L'infanticidio rituale, infatti, più che un'offerta agli dèi è piuttosto una prassi funzionale a scongiurare la cattiva sorte che minaccia la vita della società: consente il ripristino della pace e della tranquillità, temporaneamente messa in discussione dall'*enfant sorcier* che porta con sé sventure, *malattia* e morte. Questa è la giustificazione che la tradizione dà all'infanticidio rituale, mentre gli antropologi adducono motivazioni diverse: dall'evidente difficoltà di gestire un disabile in un contesto sì povero³⁸, al retaggio del

³⁶E. Di Salvo, *Gbemontin. La vita ritrovata*, ITH Heritage, Napoli, 2015, p. 146. La tradizione che identifica l'attribuzione del nome come l'ingresso nella società pare sia ascrivibile prioritariamente ai Bariba: «il momento in cui il bambino riceve il nome può indicare l'introduzione nella società e il riconoscimento formale della sua esistenza. Nella società Bariba, un neonato è chiamato secondo l'ordine di rango (ad esempio, primo figlio, seconda figlia) e può essere dato un nome musulmano al battesimo, otto giorni dopo la nascita. Il formale nome Bariba per l'aristocrazia è dato all'età di quattro o cinque anni. Si pensa che i neonati siano simili agli animali, calorosi e giocosi, ma senza ragione. Diventano umani dall'età di due anni, quando un bambino è "troppo grande" per essere allattato e, pertanto, viene svezzato. In alcuni casi, ai bambini non viene dato il nome fino a diversi anni di età; sembra che vi siano fasi progressive di riconoscimento del bambino come membro permanente della società, che tengono conto dell'apparizione dei denti. Sia le madri che i padri affermano di aspettare con ansia la crescita dei denti per determinare il futuro del bambino e, in realtà, per identificare l'essenza del bambino – umana o *sorcier*» C.F. Sargent, *Born to Die: Witchcraft and Infanticide in Bariba Culture*, cit., p. 82 (trad. mia). L'autore si riferisce al testo di S. Scrimshaw, *Infanticide in Human Populations: Societal and Individual Concerns*, in S.B. Hrdy- G. Hausfater, *Infanticide. Comparative and Evolutionary Perspectives*, Aldine, New York, 1984, pp. 439-462.

³⁷ S.R. Johansson, *Deferred Infanticide: Excess Female Mortality During Childhood*, in S.B. Hrdy- G. Hausfater, *Infanticide. Comparative and Evolutionary Perspectives*, cit., pp. 463-486, ivi p. 463 (trad. mia).

³⁸ Cfr. A. D'Haeyer, *Enfants sorciers, entre magie et misère*, Editions Labor, Bruxelles, 2004. «Prima del 1990, non si sentiva parlare di *enfants sorciers* a Kinshasa. Tali bambini che oggi vengono accusati di *sorcellerie* si trovano tutti nella stessa situazione: essi sono divenuti dei fardelli per le loro famiglie che non sono più capaci di nutrirli. I bambini accusati di essere *sorciers* appartengono in generale a delle famiglie molto povere» Federazione Interazionale dell'azione cristiana per l'abolizione della tortura (FIACAT), *Democratic Republic of Congo: Toture and Death of an Eight-year old Child*, Parigi, ottobre 2003, citato da M. Davis, *De l'explosion urbaine au bidonville global. Les petits sorciers de Kinshasa*, in «Le Monde diplomatique», settembre 2006, p.

colonialismo, oramai introiettato all'interno della tradizione dei bambini soldato³⁹, ad una forma di eugenetica tribale tesa a preservare la purezza della razza⁴⁰, sino al timore dell'ignoto causato dall'ignoranza rispetto alle anomalie fisiologiche del nuovo nato. Tuttavia a noi pare che tali spiegazioni, pur valide, non siano del tutto sufficienti a spiegare il fenomeno. Per un verso, infatti, va riconosciuto che, come detto, la tradizione degli *enfants sorciers* non va ascritta solo ai malformati e/o malati e, del resto, è chiaro che la percentuale di bambini malformati non è altissima⁴¹, sicché la morte di quei bambini non pare possa significativamente sollevare o aggravare oltremodo la condizione economica di quelle famiglie. Certo in alcune circostanze la crescita di un bambino con disabilità comporta un sovrappiù di spese mediche che i genitori non possono sostenere, ma è pure vero che rispetto ai casi di malformazione congenita ed irreversibile di cui ci stiamo occupando, non sempre sono previste cure (se non a volte trattamenti analgesici), dunque il gravame economico è più teorico che reale. Per altro verso ascrivere detta prassi al colonialismo non pare corretto nella misura in cui numerosissime sono le testimonianze di esperti che rintracciano tale prassi in un tempo molto antecedente e gli stessi nativi la riconoscano come pratica atavica, già in uso presso gli antenati. Dal che si potrebbe inferire, piuttosto, che tale prassi tradizionale scorga le sue più forti motivazioni in ragioni prevalentemente ideologiche, che sono le più dure da scalfire.

Per legge imposta alle tribù dalla loro *tradizione* tali neonati sono considerati *irregolari, anormali*, pertanto non hanno altra possibilità che essere messi *fuori legge*, fuori dal gruppo, senza possibilità di deroga, giacché la loro vita rappresenta un fattore di pericolo

24: <https://www.monde-diplomatique.fr/2006/09/DAVIS/13930> (Ultima visualizzazione novembre 2016, trad. mia).

³⁹ D. Bonnet, *Repenser l'héritage*, cit., pp. 49-51. Qui Bonnet riporta le posizioni degli antropologi rispetto alla tradizione degli *enfants sorciers*, da quella di Vincent Girard che la ascrive alle difficili condizioni economiche, a quella di Philippe de Boeck che interpreta la stregoneria infantile come contraccolpo, sorto negli anni 90 del secolo scorso, del fenomeno dei bambini soldato e dei bambini cercatori di diamanti. Per l'antropologo gli adulti coverebbero rancore nei confronti di quei bambini divenuti poi da adulti più ricchi dei propri familiari o di coloro che hanno massacrato i padri e le madri: ciò si esprimerebbe nella violenza "di ritorno" verso i bambini accusati di stregoneria. Sempre de Boeck ascrive poi tale tradizione anche ad una interpretazione dei cristiani che, onde eradicare i culti vodun, accusavano i bambini indigeni di essere portatori di maleficio. Cfr. su ciò G. Vincent, «On m'appelle courte vie». *La maladie SS au Congo, Kinshasa (2004-2006)*, Mémoire de DEA, Université d'Aix-en-Provence, Marseille, 2006; F. de Boeck, *Le «deuxième monde» et les «enfants-sorciers» en République démocratique du Congo*, cit.

⁴⁰ Parrebbe che i Baatanou siano molto legati alla purezza dell'etnia e che siano decisi ad eliminare ogni elemento considerato impuro proprio a causa di tale fierezza culturale: cfr. *Les infanticides liés à la sorcellerie persistent dans le nord*, in «Irin»: <http://www.irinnews.org/fr/report/83167/bénin-les-infanticides-liés-à-la-sorcellerie-persistent-dans-le-nord> (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁴¹ In un dettagliato testo non troppo recente gli autori rilevano che la percentuale dei bambini nati con dei denti è stimabile al 3% e approssimativamente solo all'1% dei bambini i denti spuntano dapprima sull'arcata gengivale superiore. Gli autori rilevano piuttosto che i bambini che nascono già con alcuni denti presentano congiuntamente altre sindromi legate ad anomalie congenite, come la cheiloschisi. Cfr. su ciò J. Bodenhoff- R. Gorlin, *Natal and Neonatal Teeth. Folklore and Fact*, in «Journal of Pediatrics», (1963) 32, pp. 1087-1093, in part. p. 1091.

per la comunità tutta. Privati, dunque, delle tutele e garanzie che solo la legge del gruppo può dare, tali infanti sono vittime di una tradizione che, proprio perché li riconosce, nel senso che culturalmente si è data le categorie interpretative per definirli, li sussume entro una categoria di morte che non è possibile fugare. Vittime di una cultura che pur li significa, i neonati che rispondono alle caratteristiche sopra enunciate rappresentano un sacrificio necessario alla sopravvivenza del gruppo: un diritto più ampio, quello alla vita del tutto, sacrifica per tradizione i diritti di alcuni suoi membri. Tradizioni e diritti si scontrano, senza via d'uscita.

2. *L'eliminazione delle non-persone come problema bioetico.*

Non poche questioni care al dibattito bioetico vengono all'attenzione rispetto al tema dell'infanticidio rituale, tuttavia una in particolare, che ne ricomprende molte altre, risulta particolarmente dirimente: quella relativa all'equiparazione che molti fanno dell'infanticidio all'aborto⁴².

Tale sovrapposizione viene ad impennarsi sul concetto di *scelta*, ma si vedrà che è proprio attorno ad esso che si snoda un malinteso fondamentale, foriero di tutta una catena di storture interpretative.

Si pensa, infatti, che l'infanticidio del disabile perpetrato per le ragioni più diverse nei Paesi in via di sviluppo sia del tutto sovrapponibile all'aborto come rinuncia o dichiarazione di impotenza, da parte dei familiari del nascituro, di portare una vita *difficile* all'esistenza. Una sorta di aborto *ante litteram*, motivato fondamentalmente dalla carenza di mezzi tecnologici avanzati (impensabile è la possibilità della diagnosi prenatale o addirittura di quella preimpianto nei contesti tribali), l'infanticidio africano sarebbe equiparabile, per la stessa "arretratezza" del continente nero, a quello ben noto alla tradizione del nostro caro Occidente antico. Dalla Grecia a Roma antica ed in tempi ancor più risalenti, il malformato era percepito con timore e onta, al punto che non vi era alternativa se non la sua messa a

⁴² Molto recente è l'assai dibattuto testo di due autori italiani, apparso su una nota rivista internazionale, in cui si rileva che talune condizioni che consentono in determinati casi un'interruzione di gravidanza a volte compaiono solo dopo il parto, pertanto si sostiene che "quando dopo la nascita si verificano le stesse circostanze che giustificano l'aborto prima della nascita, dovrebbe essere consentito quello che noi chiamiamo aborto post-natale". A. Giubilini- F. Minerva, *After-birth abortion: why should baby live?*, in «Journal of Medical Ethics», 23 febbraio 2012: <https://philpapers.org/archive/ABOSAA.pdf>. Tale articolo ha incontrato la netta opposizione del versante cattolico: G.L. Gigli, *Disumane teorie bioetiche. Invasioni barbariche*, in «Avvenire», 28 febbraio 2010: <https://www.avvenire.it/opinioni/pagine/invasioni-barbariche> (ultima visualizzazione dicembre 2016); Federazione Internazionale delle Associazioni di Medici Cattolici, *Se l'aborto è lecito perché non l'infanticidio?*: <http://www.fiamc.org/bioethics/se-l'aborto-è-lecito-perché-non-l'infanticidio/> (ultima visualizzazione dicembre 2016).

morte, secondo modalità che, quanto più si mostravano violente, tanto più erano emendanti il male di cui la mostruosità era portatrice.

Tuttavia addurre che una prassi mestamente nota al passato sia a tutt'oggi perpetuata nel contesto tribale beninese, laddove si registra un'impossibilità contingente e materiale di adattamento ai tempi sopravvenienti, potrebbe avallare l'ipotesi che l'Africa sia «alla periferia della storia»⁴³, che le sue tradizioni siano fuori dal tempo e, per questo, immutabili; teoria, questa che, invero, il presente lavoro di ricerca si sta impegnando a decostruire. Per tali ragioni bisognerà analizzare più da presso le motivazioni di detta equiparazione, al fine di intendere se essa è sostenibile anche dalla prospettiva ivi assunta.

Il dibattito bioetico, sorto nel solco delle riflessioni poste all'attenzione pubblica del Primo mondo alla luce dei rivolgimenti morali e tecnoscientifici contemporanei, come è noto si articola secondo due macrodirettrici di pensiero che presentano una serie di varianti ciascuna nel proprio seno: il versante noto come *personalista* teso a sottolineare la *sacralità* ed *indisponibilità* della vita umana e quello laico afferente perlopiù a una interpretazione *funzionalista* dell'umano, imperniata sulla nozione di *qualità* della vita che, riprendendo il motto seneciano, di origine aristotelica, *non enim vivere bonum est, sed bene vivere*, sostiene che il valore della vita non va rintracciato nella vita stessa, ma nella sua *qualità* o benessere⁴⁴.

Non è del tutto improprio recuperare tale dibattito per intendere delle questioni relative all'universo africano nella misura in cui la questione teorica travalica la dimensione spaziotemporale andando ad inerire un dilemma che, proprio perché imperniato sui principi o sui cosiddetti “valori non negoziabili”, non sempre consente vie di uscita conciliative.

La bioetica personalista, infatti, in accordo con una visione *sostanzialistica* della persona che si richiama alla definizione di Boezio di *rationalis naturae individua substantia*⁴⁵, perfezionata da Tommaso d'Aquino in *individuo subsistens in rationali natura*⁴⁶

⁴³ C. Moffa, *L'Africa alla periferia della storia*, Guida, Napoli, 1993.

⁴⁴ L.A. Seneca, *Lettere a Lucilio*, I, Libro VIII, lettera 70, Rizzoli, Milano, 1999, p. 447. La prospettiva della bioetica laica è condivisa da tre paradigmi filosofici diversi e cioè dalle teorie *edonistiche*, delle *preferenze* e *perfezioniste*: «il primo paradigma, risalente all'utilitarismo qualitativo (o “edonismo qualificato”) di Mill, considera la qualità della vita in funzione della presenza (o meno) di stati piacevoli e dell'assenza (o meno) di stati dolorosi. Il secondo paradigma, rifiutandosi di ridurre il benessere alla (semplice) gratificazione edonistica, si rifà al cosiddetto utilitarismo delle preferenze, sostenendo che la qualità della vita dipende dalla soddisfazione delle “preferenze” e degli “interessi” degli individui, ossia da ciò che questi ultimi, in base al loro piano di vita, desiderano in modo più o meno esplicito o ponderato. Questa concezione è denominata anche “welfarismo” (dall'inglese *welfare*) o “benesserismo”. Il terzo paradigma ritiene che la qualità della vita vada misurata in rapporto ad alcune capacità funzionali *essenziali* per lo sviluppo della persona umana (nel senso che la loro presenza o meno tende a coincidere con la presenza o meno di una vita *propriamente* umana)» G. Fornero, *Bioetica cattolica e bioetica laica. Con un Poscritto 2009*, Mondadori, Milano, 2009, pp. 74-75.

⁴⁵ Cfr. S. Boezio, *Contra Eutychen et Nestorium*, III, 1-6.

⁴⁶ Cfr. T. D'Aquino, *Summa Theologiae*, I, q. 29, a. 3.

e fatta proprio dal cosiddetto personalismo filosofico⁴⁷, sostiene che l'essere persona appartenga alla *natura* stessa di ogni essere umano, in ciascuna fase del suo sviluppo e prescindendo dalla manifestazione in atto delle sue caratteristiche peculiari. Pertanto, attribuendo lo *status ontologico e morale di persona* anche ad alcuni stadi *liminali* e non comprovatamente coscienti della vita, come quello embrionale, comatoso o cerebroleso, tale prospettiva considera l'embrione una persona a tutti gli effetti, sin dal suo concepimento, dal che segue che l'aborto viene ad equivalere all'infanticidio.

In siffatto punto di vista si riconosce la prospettiva cattolica: esemplare al riguardo è l'intervista, riportata in appendice, a Padre Christian Steunou⁴⁸, camilliano trasferitosi da oltre 40 anni in Bénin per dedicare la sua vita ai poveri e ai malati – ineguagliabile è l'impegno da lui profuso per il lebbrosario di Davougou di cui parleremo più oltre – il quale argomentando dell'handicap infantile diceva:

«Mi sono sempre occupato della cura, ma è da poco che rivolgo le mie attenzioni anche ai bambini, ai malnutriti in particolare e agli handicappati, ma scopro costantemente cose terribili. In effetti molte di queste cose stanno accadendo anche in Europa, ma in maniera diversa, sterile, sviluppata e nascosta. Quando si eliminano i bambini malformati prima della loro nascita non si fa certo una cosa migliore, si fa esattamente la stessa cosa. E lo stesso, per cui c'è poco da dire sul modo di fare di qui. Noi stiamo iniziando ad abituarci alle nostre prassi fino a considerarle normali, come qui trovano normale eliminare i bambini. Qui si nota di più perché sono più “grandi”».

Al replicare dell'intervistatore «Perché sono nati...», espressione che traluce un punto di vista altro (che subordina l'attribuzione di personalità al momento della nascita), il padre risponde chiaramente: «Sì, ma nei fatti non ci sono differenze fondamentali», il che rende perfettamente conto della sua posizione sul tema.

Specularmente la bioetica *funzionalista e comportamentista* ricomprendibile nella prospettiva laica, riconosce l'attributo di persona solo attraverso la verifica della presenza di alcuni caratteri assunti come rilevanti, come quell'insieme di funzioni “alte” che hanno nel sistema nervoso centrale e nella corteccia cerebrale sviluppata la loro condizione di possibilità. Tale punto di vista si distingue in *attualistico* che definisce la persona solo se quei caratteri si manifestano in atto e *gradualistico* che, invece, tiene conto dei diversi stadi di

⁴⁷ Cfr. G. Marcel, *Être et Avoir*, Aubier, Paris, 1935; tr. it. *Essere e avere*, a cura di I. Poma, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1999; E. Mounier, *Qu'est-ce que le personnalisme?*, Seuil, Paris, 1947; tr. it. *Che cos'è il personalismo?*, a cura di G. Mottura, Einaudi, Torino, 1948; Id., *Le personnalisme*, PUF, Paris, 1949; tr. it. *Il personalismo*, a cura di G. Campanini e M. Presenti, Ave, Roma, 1964; Id., *Personnalisme et Christianisme*, Seuil, Paris, 1961; tr. it., *Personalismo e cristianesimo*, a cura di A. Lamacchia, Ecumenica, Bari, 1977. Cfr. anche E. Berti, *Il concetto di persona nella storia del pensiero filosofico*, in Aa. Vv., *Persona e personalismo*, Gregoriana, Padova, 1992, pp. 44-57.

⁴⁸ Per intendere lo straordinario lavoro di P. Christian Steunou in Bénin si veda il seguente sito internet: <http://www.association-christian-steunou.com/le-pere-christian-steunou/le-pere-christian/>

sviluppo di detti caratteri. Da ciò segue che per tale orientamento, almeno nel suo versante più radicale, vi sono degli individui che *non* possono essere considerati persone: che non lo sono *ancora*, come l’embrione; che non lo sono *più*, come i pazienti in stato vegetativo permanente o che non lo sono *affatto* se disabili mentali o intellettivi. Tale prospettiva legittimerebbe sia l’interruzione volontaria di gravidanza che l’infanticidio per il cerebroleso, incapace di manifestare in atto gli attributi propri della persona.

Di quest’ultima prospettiva un lucido rappresentante è l’utilitarista Peter Singer il quale ritiene che la persona umana si individui solo in presenza di razionalità ed autocoscienza e che la sua considerazione etica sia proporzionale alla sua sensibilità al dolore: muovendo da tali premesse Singer gerarchizza il valore delle vite e conclude che non tutti i membri della specie umana sono persone e che non tutte le persone sono membri della specie umana. «Il fatto che un essere sia un essere umano, nel senso di membro della specie *homo sapiens*, non è rilevante all’immoralità dell’ucciderlo; sono piuttosto caratteristiche quali la razionalità, l’autonomia e l’autocoscienza che fanno la differenza. Neonati con malformazioni mancano di tali caratteristiche. Pertanto l’ucciderli non può essere sullo stesso piano dell’uccidere esseri umani normali, o qualsiasi altro essere autocosciente»⁴⁹. Egli dunque considera accettabile la soppressione di un embrione, ma anche di un neonato con gravi patologie come la sindrome di Down, con deficit intellettivi o spina bifida, perché *non persone*, mentre a suo avviso possono essere considerate persone quelle vite, ad esempio animali, capaci di provare dolore⁵⁰. Su una prospettiva non dissimile anche T.H. Engelhardt,

⁴⁹ P. Singer, *Practical ethics*, Cambridge University Press, Cambridge, 1979; tr. it. *Etica pratica*, a cura di G. Ferranti, pref. di S. Maffettone, Liguori, Napoli, 1989, p. 134.

⁵⁰ «Se queste conclusioni sembrano troppo scioccanti per essere prese sul serio, vale forse la pena ricordare che la nostra attuale protezione assoluta della vita degli infanti è un atteggiamento tipicamente ebraico-cristiano piuttosto che un valore etico universale. L’infanticidio è stato praticato in società che vanno geograficamente da Thaiti alla Groenlandia e culturalmente dagli aborigeni australiani nomadi alle sofisticate civiltà urbane dell’antica Grecia o della Cina dei mandarini. In alcune di queste società l’infanticidio non solo era permesso, ma in certe circostanze, considerato moralmente obbligatorio. Non uccidere un bambino deforme o debole era spesso considerato moralmente sbagliato [...]. Potremmo forse pensare di essere ormai più “civili” di questi popoli “primitivi”. Ma non è facile credere di essere più civili dei migliori moralisti greci o romani. Come abbiamo visto, non erano solo gli spartani a esporre i loro bambini sulla cima di una collina: anche Platone e Aristotele raccomandavano che lo stato disponesse l’uccisione dei bambini deformi. Fra i romani anche Seneca [...] pensava che l’infanticidio come soluzione naturale e umana del problema posto dai deboli e deformi». Ivi, p. 128. Cfr. anche Id., *Rethinking life & Death. The collapse of our traditional ethic*, Text Publishing Company, Melbourne, 1994; tr. it. *Ripensare la vita: la vecchia morale non serve più*, a cura di S. Rini, Il Saggiatore, Milano, 1996. Nota è la posizione antispecista di Singer: cfr. Id., *Animal liberation: a new ethics for our treatment of animals*, Avon Books, New York, 1975; tr. it. *Liberazione animale*, a cura di P. Cavalieri, Mondadori, Milano, 1991; Id., *In defence of animals: the second wave*, Basil Blackwell, New York, 1985; tr. it. *In difesa degli animali*, Lucarini, Roma, 1987. Per un quadro generale della prospettiva di Singer si tengano presenti anche H. Kulse-U. Schüklenk-P. Singer, *Bioethics: an anthology*, Blackwell publishers, Oxford, 1999; T. Regan- P. Singer (ed.), *Animal Rights and Human Obligations*, Englewood Cliffs, New York, 1976, tr. it. *Diritti animali, obblighi umani*, Gruppo Abele, Torino, 1987; P. Singer, *The Expanding Circle: Ethic and sociobiology*, Farrar, Straus & Giroux, New York, 1981 poi integrato e riedito di recente con il titolo *The Expanding Circle: Ethics, Evolution and Moral Progress*, Princeton University Press, Princeton, 2011; Id.,

muovendo dall'idea che la persona si specifica in virtù di razionalità, consapevolezza e capacità di meritare la lode ed evitare il biasimo, sostiene che «le persone non sono necessariamente esseri umani» e che «non tutti gli esseri umani sono persone [...]». Feti, infanti, ritardati mentali gravi e malati o feriti in coma irreversibile sono umani, ma non sono persone. Sono membri della specie umana, ma di per sé non hanno lo status di membri della comunità morale laica»⁵¹.

Tale ripartizione tra persone e non-persone è retaggio di un passato tanto lontano quanto prossimo che ha sempre operato nella medesima maniera: disindividualizzando taluni soggetti da escludere dal novero dei *degni di vita* sulla base di un razzismo biologico che ha come fondamento null'altro che un'*ideologia*, come quella criminale del nazismo.

Evidentemente anche l'infanticidio perpetrato presso le tribù beninesi è fondato su premesse ideologiche, relate alle tradizioni culturali e religiose locali: ecco che al di là della determinazione dello *status* dell'embrione che è decisione di coscienza più che di scienza⁵², la vera differenza tra l'aborto e l'infanticidio perpetrato in Bénin va rintracciata nella nozione di *scelta*. In caso di aborto i genitori *decidono* sulla base di una propria riflessione se portare al mondo il feto, mentre la famiglia del contesto tribale africano *rispetta* una tradizione, *ossequia* un precetto, *obbedisce* ad un imperativo, prescindendo da un'analisi razionale dell'*intrinseca immoralità* del gesto inflitto che, piuttosto, viene considerato *moralmente* necessario per l'*effetto* soteriologico che ha per la comunità tutta.

Questo certo non vuol dire che ove la scelta dei genitori fosse volontaria – nel senso che decidessero responsabilmente di togliere la vita al neonato e non per onorare il comandamento tradito – l'infanticidio possa equipararsi all'aborto o ritenersi lecito, ma quel che si intende sottolineare è che è errata l'assunzione stessa che istituisce l'equivalenza, sia per spregiare l'atto che per legittimarlo, dal momento che si affiancano due piani diversissimi: quello della decisione autonoma (a prescindere dalla sua liceità) e quello della ritualità, della ragione e della fede.

Writings on an Ethical Life, Ecco Press, New York, 2000; tr. it. *La vita come si dovrebbe*, a cura di E. Ferreri, S. Rini, S. Montes, S. Romano, Il Saggiatore, Milano, 2001. È noto, inoltre che Singer ha preso posizione più volte in difesa del Terzo mondo: cfr. Id., *One world: the ethic of globalization*, Yale University Press, New Haven, 2002; tr. it. *One world: l'etica della globalizzazione*, a cura di P. Cavalieri, Einaudi, Torino 2003.

⁵¹ T.H. Engelhardt, *The foundation of Bioethics*, Oxford University Press, New York, 1996²; tr. it. *Manuale di Bioetica*, Il Saggiatore, Milano, 1999, p. 159.

⁵² Tale tesi è storicamente stata sostenuta dalla prospettiva cattolica: «Il meno che si possa dire è che la scienza moderna, nel suo stato più evoluto, non dà alcun appoggio sostanziale ai difensori dell'aborto. Del resto non spetta alle scienze biologiche dare un giudizio decisivo su questioni propriamente filosofiche e morali, come quella del momento in cui si costituisce la persona umana e quella della legittimità dell'aborto». Sacra Congregazione per la Dottrina della fede, *De Abortu Procurato*, Enchiridion Vaticanum, 5, Edizioni Dehoniane, Bologna, 1990, p. 431.

Invero l'infanticidio di cui si sta argomentando, legato alla malformazione e all'handicap del neonato, pur celando motivazioni anche razionali, come quelle economiche e contingenti, è una prassi *rituale* ovvero che rintraccia la sua ragion d'essere nella *tradizione*, mentre l'aborto è scelta autonoma dei genitori, in particolare della madre del nascituro.

Certo a tale asserzione si potrebbe obiettare che la pratica dell'aborto, tanto frequente in Occidente, insieme alla sua regolamentazione giuridica, sorga nel retroterra di una *tradizione* che è inequivalente a quella del Terzo mondo per una serie di ragioni che è inutile ribadire. La tradizione occidentale con l'avvenire del moderno ha conosciuto una rivoluzione copernicana, ben descritta da Kant, che ha palesato un mutamento di "mentalità", incentrato sull'affermazione del rispetto dell'autodeterminazione e della responsabilità dei singoli e delle loro scelte. Per tali ragioni parrebbe potersi dire che anche l'aborto – o la diagnosi preimpianto e conseguente correzione del corredo genetico degli embrioni – vada collocato in un contesto culturale e tradizionale particolare.

Tuttavia pur volendo riconoscere che sia l'aborto che l'infanticidio siano prassi tradizionali, l'una afferente all'universo di senso occidentale che avvalorava fortemente il concetto di libertà e autodeterminazione, l'altra all'universo africano che, invece, insiste sull'obbedienza a ritualità culturali, resta una differenza fondamentale: l'infanticidio dell'*enfant sorcier* va sussunto entro il concetto di soggettività collettiva, non individuale.

Se, infatti, l'aborto è scelta ragionata di un soggetto, la madre del nascituro o al massimo di entrambi i genitori ed è valutata tenendo conto dell'interesse di un individuo coinvolto – per la bioetica cattolica quello del nascituro, per quella laica quelli della madre che è già *persona* (mentre l'embrione *persona deve ancora diventare*⁵³) –, l'infanticidio è rito rispettato necessariamente da un gruppo di individui per il bene del tutto.

Nessuno è di per se stesso soggetto di diritto o di considerazione etica, né la madre del bambino, né il neonato malato: ciascuno è membro di una soggettività collettiva che, con una nascita disabile, viene ad essere lesa nella sua integrità da un elemento vulnerabile e, secondo la tradizione, vulnerante.

È interessante notare come il bambino malformato (e, più in generale, il malato), in negativo, acquisti un certo grado di individualità: l'armonia pacata del tutto viene vulnerata da un singolo che si fa *riconoscibile* per la sua diversità, che attira l'attenzione degli altri i quali

⁵³ Le espressioni in corsivo "è già persona" e "persona deve ancora diventare" vogliono evocare la nota sentenza della Corte costituzionale italiana del 18 febbraio 1975 n. 27 in cui per la prima volta fu presa una posizione netta in favore della madre del nascituro nel bilanciamento di interessi, a tutt'oggi molto problematico nel contesto italiano, tra i due. La sentenza asseriva che «non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare».

– almeno in linea teorica – sono chiamati a polarizzare gli sforzi del tutto su di uno solo. L’*unico* è così percepito anzitutto come un estraneo, non appartenente alla famiglia, né alla dimensione umana: è una *non persona*, dal che parrebbe potersi dire che, nel contesto tribale africano, la personalità è riconosciuta solo in presenza di una vita umana in condizioni di normalità e, dunque, di salute.

L’ammalato, in generale, è visto con sospetto, è messo in dubbio il suo statuto ontologico: la sua natura, infatti, è molto spesso considerata divina o diabolica, ma su questo tema torneremo ancora. Si dica sin d’ora che colui che è individualizzabile è percepito come un elemento di *pericolo* per il tutto ed è proprio la sua germinale individualità emergente che, piuttosto che rendere il soggetto meritevole di tutele, ne annuncia la fine. Ciò, ancora una volta, perché il soggetto che si ritiene debba essere tutelato non è il singolo, ma il gruppo.

Il vulnerabile, già leso nella *vis* fisica – e non per questo morale o giuridica –, biologicamente ex-posto, “collocato fuori” dallo stato di normalità, viene percepito come *una parte* che *si distingue* all’interno del gruppo, da esso *diverge* per la sua eccezionalità e, proprio per tali ragioni, ne è ex-cluso, messo *a parte*. Lo “strano” per natura è estraniato, ma è chiaro che tale deparentalizzazione, cacciata dal novero della famiglia, delle persone o, meglio, dall’unica personalità morale e giuridica collettiva, è messa a morte per colui che è disidentificato, che equivale a dire visto come *non ente* (niente), *non essere* (nessuno).

Chi si fa riconoscere come parte individuale viene immediatamente *disconosciuto* dal tutto che non accetta protagonismi di sorta: la famiglia deve tutelare il suo essere unità *sana*.

La condizione di *dipendenza* del malato cronico innesca una dinamica che, se per alcuni può essere intesa come *sopraffattiva* del singolo, va vista, invece, come paternalistica protezione del gruppo: quest’ultimo rischia di essere ammalato da un corpo estraneo infetto, pertanto non gli resta che liberarsene. La vita del gruppo passa inevitabilmente attraverso la morte del singolo.

Secondo un’ottica globale la prassi dell’infanticidio rituale è, dunque, azione *solidale*, assunzione di responsabilità della famiglia che, minacciata nel suo equilibrio, nella sua salute, trova cura e prevenzione nel rispettare una tradizione, anche gravosa.

Per il bene del tutto, la famiglia, allorché scorge nella vita mostruosa il segnale di ira o predilezione degli dèi o degli avi, è tenuta ad immolarla: il gesto di uccidere un bambino malato è un *sacrificio*, anche sofferto, ma minore rispetto al male che si potrebbe abbattere sul gruppo. Il bilanciamento di interessi qui viene fatto inclinare in favore di una maggioranza numerica e, esattamente come accade nella maggior parte dei Paesi europei, si tiene conto

prioritariamente dell'unico soggetto che è già persona: in Occidente la donna, in Africa il gruppo.

Sembrerebbe non esservi via d'uscita, ma ancora una volta torna il tema della scelta: il bilanciamento di interessi viene valutato non sulla base di un calcolo razionale che, pur non condivisibile, avrebbe un qualche fondamento, bensì su una credenza religiosa non comprovata che la vita di un malato infici il gruppo.

Addiventano necessari due chiarimenti rispetto alle nostre considerazioni: il primo è che sostenere che l'infanticidio differisca dall'aborto perché non scelto razionalmente non vuol dire legittimarlo in caso di calcolo ponderato, giacché esso è prassi da spregiare massimamente e, in seconda istanza, bisogna riconoscere che, come nelle comunità familiari africane, anche nel Primo mondo la disabilità e, in generale, la malattia coinvolgono i familiari, la cui *qualità* della vita cambia inequivocabilmente in funzione della gestione del malato, ma anche ciò non vuol dire legittimare l'aborto o l'infanticidio.

Quel che, infatti, si è cercato di sottolineare è che, al di là di prese di posizione in favore dell'una prassi o dell'altra, le loro affinità e differenze si collocano sul terreno della responsabilità e della scelta. Non è certo facile neanche al Primo Mondo l'accettazione, l'accoglienza e la gestione della disabilità; immaginarla in un contesto tribale africano è davvero eroico, ma l'aborto e l'infanticidio vanno considerati con cautela. Difatti proprio per tenere fede al proposito iniziale di non prendere posizioni frettolose rispetto a prassi da noi occidentali – forse – lontane, si è cercato di intendere la matrice culturale, tradizionale e religiosa ad esse sottese.

Bisogna adesso cercare di capire se il rispetto di una tradizione, di una credenza debba rimanere sempre identico a se stesso o possa essere portato al vaglio della ragione, della responsabilità e della scelta senza pervertirne la matrice culturale di base.

Rispetto all'aborto accade che, pur essendo vietato dai principi della morale cattolica, vi sono non pochi pensatori che, pur riconoscendosi in quella prospettiva, accolgono una prospettiva moderata e lo ritengono ammissibile o alcuni laici che, invece, lo contestano; specularmente si potrebbe addurre che l'infanticidio, pur essendo imposto dalla religione locale e dalla tradizione culturale in linea teorica, nei fatti debba incontrare una maggiore consapevolezza da parte dei suoi esecutori. Questi ultimi dovrebbero essere condotti a riflettere *sul gesto stesso*, sì inumano, non tanto sulla finalità (la salute del gruppo) che potrebbe essere comunque garantita attraverso prassi alternative. Ciò responsabilizzerebbe i singoli non poco, chiamandoli all'esercizio di pensiero troppo spesso demandato ad altri.

Chi, infatti, è il responsabile di una prassi imposta dal culto? Non vi sono soggetti individuali imputabili, neanche chi materialmente uccide: il boia, il quale rappresenta null'altro che l'ultimo tassello di una complessa trama di incolpevolezza spersonalizzata, è l'esecutore di un male *banale*⁵⁴ ascrivibile a tutti e a nessuno, perché comandamento che il gruppo è tenuto a rispettare. Nella credenza si cela un gesto di fiducia verso l'altro, dunque uno spossessarsi di qualcosa che viene delegato ad altri: si fa credito a qualcuno o a qualcosa che risulta credibile⁵⁵. Tuttavia rinunciare al pensiero, ovvero a quel che in quanto esseri umani ci significa, è messa a morte di quel che siamo, dunque suicidio, prima ancora che omicidio.

Per tale ragione si ritiene che *tutti* debbano essere messi anzitutto nella condizione di conoscere cosa è la disabilità, la malformazione, la malattia e, poi, resi edotti sulla natura criminale della prassi perpetrata che li rende rei di un crimine perseguito dall'etica e dal diritto. Solo così sarà possibile destare un'assunzione di responsabilità nei confronti dell'altro che rende sempre la morte procurata qualcosa di inaccettabile.

3. Diritti asseriti

Come sostenuto nella sezione precedente del lavoro, il rispetto di una tradizione che è rappresentativa dell'identità dei singoli e dei popoli è un diritto da garantire in maniera universale, tuttavia è indisconoscibile che tale diritto incontri un limite invalicabile se mette in discussione la vita umana e la sua dignità. È manifesto, infatti, che «nel bilanciamento tra libertà religiosa (comprensiva del diritto ad affermare le proprie tradizioni culturali) e il diritto all'integrità fisica del minore, incapace per di più di decidere in piena autonomia, non potrebbe infatti che prevalere il secondo»⁵⁶.

Su ciò è chiarissima la *Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani* dell'Unesco del 2005 allorché, all'art. 12 recita: «Deve essere dato il giusto risalto

⁵⁴ È chiaro il riferimento al pensiero di H. Arendt, in particolare al testo *La banalità del male* in cui l'autrice offre il resoconto del processo contro il noto criminale nazista O. A. Eichmann, coordinatore dell'organizzazione dei trasporti degli ebrei verso i campi di concentramento, e, riportando l'atteggiamento di quegli, dichiaratosi non responsabile del male commesso che viene presentato come mera esecuzione di un ordine, rileva come sia proprio la rinuncia al pensiero e, dunque, alla facoltà di giudizio, a rendere possibili azioni malvagie. Un uomo normale, comune, mediocre si rende responsabile di un male "banale" perché superficiale, non condotto all'attenzione del pensiero, non ragionato. Cfr. H. Arendt, *Eichmann in Jerusalem. A report on the Banality of Evil*, The Viking Press, New York, 1963; tr. it. *La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme*, a cura di P. Bernardini, Feltrinelli, Milano, 1964.

⁵⁵ Cfr. J. Derrida- G. Vattimo, *La religione*, Annuario filosofico europeo, Laterza, Roma-Bari, 1995.

⁵⁶ L. Chieffi, *I diritti di cittadinanza in una società multi-etnica*, in Id. (a cura di), *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, cit., pp. 5-21, ivi, p. 11.

all'importanza della diversità culturale e del pluralismo. Tuttavia tali considerazioni non devono essere invocate per violare il rispetto della dignità umana, i diritti umani e le libertà fondamentali né i principi stabiliti in questa Dichiarazione, né per limitarne la portata»⁵⁷.

Evidentemente il caso dell'infanticidio rituale rappresenta l'esempio estremo di tradizione lesiva della dignità dell'uomo e, più in generale, dei diritti umani fondamentali. Pur ponendo in questione la tutela dei diritti del fanciullo, dei diritti del disabile, dei diritti dei caregivers, sì cari al dibattito del nostro Primo mondo, tutti questi diritti vengono sopravanzati dal diritto alla vita⁵⁸ che a tutti soggiace e che è stroncato *sul nascere* dalla tradizione degli *enfants sorciers*.

Secondo il dettato della *Convenzione sui diritti dell'infanzia* «per bambino si intende ogni essere umano di meno di 18 anni, salvo se la maggiore età è raggiunta prima secondo la legge applicabile» (art. 1)⁵⁹. In Bénin i bambini rappresentano circa il 49% della popolazione⁶⁰, ma anche nei tempi recenti quel che si registra è uno scarso interesse nella garanzia effettuale dei loro diritti che, pur asseriti in linea teorica, non vengono applicati alla vita quotidiana. In effetti, come si è visto nelle pagine precedenti, oltre ai diritti che i genitori rivendicano sui propri figli, presso le comunità tribali gli infanti sono considerati un vero e proprio bene patrimonialistico, una proprietà di cui disporre completamente, persino decidendone la vita o la morte.

Come si legge in un testo di autori beninesi:

«in Africa in generale e nel nostro Paese in particolare, sussistono ancora pratiche tradizionali nefaste per la salute dei bambini, come i divieti alimentari che li privano di sostanze necessarie alla loro crescita. La carne, le uova, lo zucchero sono vietati perché si pensa siano causa di malattie o di alcuni comportamenti inspiegabili; in alcune famiglie i bambini sono gli ultimi ad essere serviti e molto spesso si accontentano di quel che resta. Il bambino è considerato una ricchezza, un bene di cui ci si può servire e che non può essere considerato soggetto di diritto (...). La povertà endemica dei genitori li obbliga a far lavorare i bambini anche molto piccoli, o a piazzarli presso terze persone dove possono essere battuti, feriti, e uccisi»⁶¹.

⁵⁷ UNESCO, *Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani*, 19 ottobre 2005 (tr. mia): http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁵⁸ Rispetto ai diritti del bambino non ancora del tutto garantiti in Bénin si vedano le stime proposte dall'ONG Humanium, *Enfants du Bénin, Concrétiser les Droits de l'Enfant au Bénin* <http://www.humanium.org/fr/afrique/benin/>.

⁵⁹ Per la versione originale cfr. ONU, *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 1989: <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx> (ultima visualizzazione novembre 2016, tr. mia).

⁶⁰ Dal sito dell'OMS (<http://www.afro.who.int/benin/who-country-office-benin.html>) è possibile scaricare il seguente documento: OMS, *Bénin: Stratégie de Coopération. Un aperçu*, août 2009 : [file:///C:/Users/salvatore/Downloads/Benin-ccsbrie-fr%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/salvatore/Downloads/Benin-ccsbrie-fr%20(2).pdf) (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁶¹ T. Agossou (a cura di), *Regardes d'Afrique sur la maltraitance*, cit., p. 108 (trad. mia). Il riferimento al "piazzare" i figli presso terzi richiama la tradizione del vidomègon, molto frequente in Bénin, che prevedeva che i bambini (soprattutto di sesso femminile) dai 5 ai 12 anni provenienti da contesti particolarmente disagiati

Tuttavia un cammino nel senso del riconoscimento dei diritti – alla vita, alla salute, all'educazione, all'identità – dell'infanzia è stato compiuto anche dal Bénin che ha ratificato molti documenti *internazionali* orientati in tal senso, anche se ancora molto resta da fare:

1. La *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* del 10 Dicembre 1948 che all'art. 3 dispone che «Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona» (anche se, come visto alcuni teorici contestano che il neonato cerebroleso possa considerarsi un individuo). Il medesimo testo all'art. 5 prevede che «Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o trattamento o punizione crudeli, inumani o degradanti» e al comma 2 dell'art. 25 si dettaglia: «La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale»⁶².
2. La *Carta Africana dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli* – detta anche Carta di Banjul – adottata durante la diciottesima conferenza dei Capi di Stato e di Governo il 27 giugno del 1981, alla quale il Bénin ha aderito il 20 gennaio 1986, all'art. 18 comma 3 prevede che «Lo Stato ha il dovere di provvedere alla eliminazione di qualsiasi discriminazione contro la donna e di assicurare la protezione dei diritti della donna e del bambino quali stipulati nelle dichiarazioni e nelle convenzioni internazionali»⁶³. Pertanto, relativamente all'infanzia, la comunità internazionale, avendo preso coscienza dell'importanza della tutela dei bambini, da garantire al di là delle semplici dichiarazioni, come la *Dichiarazione di Ginevra* del 1924 e la *Dichiarazione dei diritti del fanciullo* del 1959⁶⁴, si decise a fare appello alla forza del diritto convenzionale.
3. La *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, adottata il 20 novembre 1989 dall'Assemblea delle Nazioni Unite e ratificata dal Bénin il 3 agosto 1990,

venissero affidati a famiglie vicine o tutori più benestanti al fine di garantire loro una migliore educazione ed istruzione. Ad oggi, a causa del progressivo impoverimento delle famiglie la tradizione si è mutata in una piaga sociale: i bambini vengono venduti in cambio di poco denaro dalle famiglie di origine e sono obbligati ad offrire manodopera gratuita alle famiglie di adozione. Cfr. su ciò P. Valente, *Studi e testimonianze sulla pratica del vidomègon nello stato del Benin*, in «Deportate, esuli, profughe», 7 (2007), pp. 338-342.

⁶² Per la versione online della *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo delle Nazioni Unite* cfr. <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html> (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁶³ La versione originale, in lingua inglese, della *Carta Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* dell'OUA si trova al sito: http://www.achpr.org/files/instruments/achpr/banjul_charter.pdf (ultima visualizzazione novembre 2016). Una versione italiana si può trovare in «Parolechiave», 37 (2007), pp. 119-134.

⁶⁴ In tal senso sono da ricordare anche il *Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici*, in particolare agli artt. 23 e 24 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>), il *Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali*, in particolare all'art. 10 (cfr. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>), adottati dall'Assemblea generale dell'Onu il 16 dicembre 1966 e gli Statuti e strumenti pertinenti delle Istituzioni specializzate e delle Organizzazioni internazionali che si preoccupano del benessere del fanciullo.

documento fondamentale che fissa le norme giuridiche universali a protezione degli infanti, è stato un elemento catalizzante per rilanciare la discussione su tali temi, soprattutto in rapporto ai Paesi africani. Già nel Preambolo la Convenzione rileva «la necessità di garantire una protezione speciale al fanciullo»: si sottolinea, infatti, che l'infante, «a causa della sua mancanza di maturità fisica e intellettuale, necessita di una protezione e di cure particolari, ivi compresa una protezione legale appropriata, sia prima che dopo la nascita». Inoltre all'art. 6 si asserisce che «1. Gli Stati membri riconoscono che ogni fanciullo ha un diritto inerente alla vita. 2. Gli Stati membri assicurano in tutta la misura del possibile la sopravvivenza e lo sviluppo del fanciullo». E, all'art. 7, il testo prosegue: «1. Il fanciullo è registrato immediatamente al momento della sua nascita e da allora ha diritto a un nome, ad acquisire una cittadinanza e, nella misura del possibile, a conoscere i suoi genitori e a essere allevato da essi. 2. Gli Stati membri vigilano affinché questi diritti siano attuati in conformità con la loro legislazione nazionale e con gli obblighi che sono imposti loro dagli strumenti internazionali applicabili in materia, in particolare nei casi in cui, se ciò non fosse fatto, il fanciullo verrebbe a trovarsi apolide»⁶⁵.

4. La *Carta africana dei diritti e del benessere del minore*, promossa dall'Unione Africana nel 1990 e ratificata dal Bénin il 17 Aprile 1997 che, oltre a ribadire il diritto alla vita, al nome, alla protezione del bambino, all'art. 13 fa esplicito riferimento ai bambini disabili: «1. Ogni bambino mentalmente o fisicamente disabile deve avere il diritto a speciali misure di protezione in linea con le sue esigenze fisiche e morali e in condizioni che garantiscano la sua dignità, la promozione della sua autonomia e la partecipazione attiva alla vita della comunità 2. Gli Stati che aderiscono alla presente Carta devono garantire, sulla base delle risorse disponibili, ad un bambino disabile e a coloro che sono responsabili della sua cura, l'assistenza necessaria e adeguata alle condizioni del bambino e, in particolare, devono assicurare che il bambino disabile abbia accesso effettivo alla formazione, alla preparazione al lavoro e alle attività ricreative in modo che si possa concretizzare al meglio per il bambino la più

⁶⁵ ONU, *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 1989, cit. (trad. mia).

completa integrazione sociale, lo sviluppo individuale e il suo sviluppo culturale e morale»⁶⁶.

Inoltre, non pochi sono gli strumenti giuridici *nazionali* in difesa degli infanti:

1. La *Costituzione della Repubblica del Bénin* dell'11 dicembre 1990 nel Preambolo dichiara di riaffermare i principi delle Dichiarazioni suddette, in particolare la Carta di Banjul, concetto ripreso all'art. 7 Cost. posto all'inizio del Titolo II, dedicato ai diritti e ai doveri delle persone, e all'art. 40. La Carta Costituzionale all'art. 26 comma 2 asserisce che: «L'uomo e la donna sono uguali dal punto di vista giuridico. Lo Stato protegge la famiglia e in particolare la madre e il bambino. Veglia su i disabili e gli anziani». Gli artt. 12-14 si riferiscono poi al diritto all'istruzione, mentre anche se non si riferiscono specificamente all'infanzia gli artt. 15 (diritto alla vita, alla libertà, alla sicurezza, e all'integrità della persona) e 18-19 (divieto di tortura, sevizie o trattamenti crudeli, inumani o degradanti) si pongono a tutela dei diritti umani fondamentali. Infine l'art. 40 Cost. precisa l'importanza della sensibilizzazione in tema di diritti⁶⁷.
2. Il *Codice di procedura civile* conferisce un riconoscimento giuridico al bambino sin dal momento della sua nascita, definisce la natura dei legami di filiazione, l'insieme dei diritti e dei doveri che ne discendono e che sono destinati a preservare la sua educazione. Detto codice definisce ugualmente le caratteristiche dell'autorità parentale e garantisce gli interessi del bambino⁶⁸.
3. Il *diritto consuetudinario del Dahomey* che, pur non essendo un testo di legge, è un documento importante dal momento che elenca tutto l'insieme delle consuetudini del Bénin⁶⁹. Difatti è noto che «il vero costituzionalismo africano è costituito da

⁶⁶ Cfr. UA, *The African Charter on the Rights and the Welfare of the Child*: <http://pages.au.int/acerwc/documents/african-charter-rights-and-welfare-child-acrwc> (trad. mia).

⁶⁷ «art. 40. Lo Stato ha il dovere di assicurare la diffusione e l'insegnamento della Costituzione, della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948, della Carta Africana dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli del 1981 e di tutti gli strumenti internazionali debitamente ratificati e relativi ai Diritti dell'Uomo. Lo Stato deve integrare i diritti della persona umana nei programmi di alfabetizzazione e di insegnamento nei differenti cicli scolastici e universitari e in tutti i programmi di formazione delle Forze Armate, delle Forze di Sicurezza Pubblica e simili» Per la versione online della Constitution de la République du Bénin cfr. il sito della Haute Court de Justice, *Loi n° 90-32 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin*: <http://www.hcj-benin.org/?page=article&index=1> (ultima visualizzazione novembre 2016, trad. mia).

⁶⁸ Cfr. Assemblée Nationale, *Loi n° 2008-07 du 16 octobre 2008 portant le Code de procédure civile, commerciale, sociale et administrative*, <http://legibenin.net/document/Legibenin%20120716/Codes/Code%20de%20proc%C3%A9dure%20civile,%20commerciale%20sociale%20et%20administrative.pdf> (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁶⁹ *Coutumier du Dahomey*, Circulaire A.P. 128 du 19 Mars 1931. Cfr. M. Fernand Audric – Gouvernement General de l'AOF, *Coutumier du Dahomey*, Imprimerie du Gouvernement, Porto Novo, 1932; F. Médénouvo, *Coutumier du Dahomey*, Présence Béninoise, 2004. Si ricordi che la Corte Costituzionale beninese con la decisione DCC 96-0063 del 26 settembre 1996 dichiara che il Codice consuetudinario del Dahomey non ha più

regole radicate non nei tesi, ma nella cultura, trattasi di regole c.d. extragiuridiche (...). L'africano si riconosce totalmente nella tribù, nella famiglia, nel clan, nella piccola etnia, più che nello Stato anonimo e impersonale. Esso è prima di tutto membro di una tribù e poi cittadino di uno Stato e il nuovo Stato africano nato dall'indipendenza non è riuscito a trovare o a inventare un modello appropriato in cui conciliare l'idea dello Stato con la realtà delle etnie e delle tribù»⁷⁰.

4. Il *Codice penale* che, pur non prevedendo direttamente una pena per i colpevoli di infanticidio, punisce l'omicidio⁷¹. Nel settembre 2013 è stata proposta una riforma del Codice Penale che prescrive la specifica repressione dell'infanticidio⁷² e, all'art. 459 stabilisce una pena di 3 anni di reclusione e di 500.000 franchi di ammenda per coloro che accusano un bambino di *sorcellerie*. Tale riforma prevede l'esplicita denuncia dell'infanticidio rituale degli *enfants sorciers* con una pena da dieci a vent'anni di reclusione del reo⁷³.
5. L'Assemblea Nazionale del Bénin ha recentemente (8 ottobre 2015) adottato il *Code de l'Enfant*⁷⁴ che all'articolo 3 definisce l'infanticidio come «ogni pratica malsana che causa o dà la morte a un nuovo nato». Più oltre, all'art. 169 della medesima Carta allorché si elencano le categorie di bambini che vivono una «situazione difficile» si annovera anche: «il bambino accusato di *sorcellerie* o detto *enfant sorcier*»⁷⁵. Le sanzioni previste contro l'infanticidio, sia quello rituale

valore esecutivo: Cour Constitutionnelle, *Décision DCC 96-0036 du 26 septembre 1996*: http://www.cour-constitutionnelle-benin.org/doss_decisions/960963.pdf (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁷⁰ C. Visconti, *Africa e diritti umani. Dalle carte costituzionali al sistema africano di protezione dei diritti umani*, libreriauniversitaria.it edizioni, Padova, 2012, p. 14.

⁷¹ Si ricordi che nonostante le numerose proposte di riforma in Bénin è ancora in vigore un codice penale coloniale del 1877 detto «Code Bouvenet», un Codice penale dell'Africa Occidentale francese adottato con un decreto coloniale il 6 Maggio 1877: *Code Bouvenet, Droit Pénal applicable en Afrique Occidentale Française*, 1877:

<http://legibenin.net/document/Benin%20Droit%20Penal%20Applicable%20en%20Afrique%20Occidentale%20Francaise%201877.pdf>. Cfr. Anche il Codice di procedura penale : Assemblée Nationale, *Loi n° 2012-15 du 17 Décembre 2012 portant code de procédure pénale en République du Bénin* : <http://legibenin.net/document/Legibenin%20120716/Codes/Code%20de%20proc%C3%A9dure%20p%C3%A9nal%20en%20republique%20du%20benin.pdf> (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁷² L'art. 234 del progetto di legge relativo alla riforma del Codice Penale prevede che «L'omicidio sia punito con la reclusione criminale a vita se è commesso su un neonato ed è qualificabile come infanticidio». Cfr. Franciscans International, *Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, Examen de la République du Bénin*, cit., p. 3.

⁷³ L'art. 459 del progetto di legge prevede che «Chiunque, abusando delle credenze superstiziose della popolazione, avrà pubblicamente e senza fondamento reale, accusato un bambino di *sorcellerie*, sapendo che tale accusa espone il bambino al disprezzo pubblico, sarà punito con tre anni di reclusione e 500.00 franchi di ammenda». Ibidem.

⁷⁴ Cfr. Il sito dell'Assemblée Nationale, *Loi n° 2015-08 du 23 Janvier 2015 portant code de l'enfant en République du Bénin*, <http://assemblee-nationale.bj/fr/dernieres-lois-votees> (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁷⁵ Ibid., art. 169. Trad. mia

che quello commesso per altra causa, sono descritte agli artt. 339-341⁷⁶. A ciò si aggiunga che al Capitolo IV, relativo alle mutilazioni sessuali, ai matrimoni precoci e forzati, come a tutte le altre pratiche tradizionali nefaste per la salute e la morale degli infanti, nella III sezione si prevedono delle pene contro chi, pur essendo un capo religioso o tradizionale si fa reo di tali prassi⁷⁷, descritte dall'art. 184⁷⁸.

6. Il *Codice delle persone e della famiglia*, in vigore dal 24 agosto 2004, che ha contribuito alla razionalizzazione del sistema di registrazione delle nascite⁷⁹ e che agli artt. 438-439 prevede la decadenza della potestà genitoriale se i genitori sono condannati penalmente per aver commesso un crimine o un delitto sul proprio figlio, o se mettono in pericolo la sua sicurezza, la salute e la morale «mediante maltrattamenti, esempi perniciosi di ubriachezza abituale, cattiva condotta o delinquenza, assenza di cure o mancanza di educazione»⁸⁰.
7. Il *Ministero della famiglia* ha previsto la creazione di numerosi documenti a tutela degli infanti (relativi alle modalità di presa in carico, inserimento sociale e inclusione), soprattutto di quelli portatori di handicap. Si pensi che rispetto alla scolarizzazione⁸¹, oltre ad aver previsto la creazione di scuole speciali per non

⁷⁶ «Articolo 339: É punito con una reclusione da cinque (05) a venti (20) anni e con un'ammenda da cinquecentomila (500.000) a un milione (1.000.000) di franchi CFA, chiunque si renda colpevole di omicidio o assassinio di un neonato. Articolo 340 : É punito con una reclusione da cinque (5) a venti (20) anni e con un'ammenda da duecento mila (200.000) a cinquecentomila (500.000) franchi CFA chiunque, attraverso riti, cerimonie pericolose o pratiche malsane procura la morte a un neonato. Articolo 341: Chiunque, per negligenza o assenza di cure e di igiene causa la morte di un neonato è punito con la prigione da cinque (5) a dieci (10) anni e un'ammenda da centomila (100.000) a duecentocinquantomila (250.000) franchi CFA» (trad. mia).

⁷⁷ «Articolo 376 : Chiunque si adoperi nelle pratiche enumerate dall'articolo 184 della presente legge, che sia un capo tradizionale o religioso, è punito con una reclusione da sei (06) a due (2) anni e con un'ammenda da centomila (100.000) a duecentomila (200.000) franchi CFA. Articolo 377 : Sono puniti con una pena da uno (01) a cinque(05) anni di reclusione e con un'ammenda da duecentomila (200.000) a cinquecentomila (500.000) franchi CFA, gli autori di azioni superstiziose nocive commesse su un bambino» (trad. mia).

⁷⁸ «Articolo 184 : Interdizione di rituali e cerimonie pericolose. É considerato come un rituale o una cerimonia pericolosa l'insieme di regole e di abitudini stabilite dalla tradizione che, con lo scopo di purificare il bambino, espongono la sua vita al pericolo, come le bevande, le misture, l'assunzione forzata, il *gavage* tradizionale, l'abbandono del bambino in una temperatura troppo fredda o troppo calda, il trattamento del bambino con oggetti tradizionali non sterilizzati, l'assoggettamento della sorte del bambino alle pratiche divinatorie» (trad. mia).

⁷⁹ Il *Codice delle persone e della famiglia* all'art. 88 ha previsto la creazione di un "livret de la famille", ovvero un documento in cui è chiarito lo stato civile dei membri di una famiglia: ogni coppia che si unisce in matrimonio civile riceve un libretto sul quale registrare la nascita dei figli. Assemblée Nationale, *Loi n° 2002-07 du 07 Juin 2002 portant le Code des personnes et de la famille* : <http://www.consulatbenin.fr/wp-content/uploads/2013/06/code-des-personnes.pdf> (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ Cfr. Banque mondiale – Pôle de Dakar, UNESCO, *Fast Track initiative, Document de travail n. 165. Série: Le développement humain en Afrique – Le système éducatif béninois – Analyse sectorielle pour une politique éducative équilibrée et plus efficace* – année 2009: https://www.iipe-poledakar.org/sites/default/files/fields/publication_files/resen_benin_2008_0.pdf (ultima visualizzazione novembre 2016). Il progetto RESEN 2008 prevede una scolarizzazione specifica per portatori di handicap severo

udenti e non vedenti, il Bénin è uno dei Paesi con la più felice esperienza di inclusione scolastica, perseguita dalle politiche statali in collaborazione con le ONG⁸².

8. Nel 1999 è stata inoltre istituita una Commissione nazionale dei diritti del bambino (*Commission nationale des droits de l'enfant* – CNDE), posta sotto la presidenza del Ministro della Giustizia, della legislazione e dei diritti dell'uomo, che ha come missione il coordinamento di tutte le azioni del Bénin in materia di attualizzazione della Convenzione sui diritti dell'infanzia.

A fronte di tale massivo impegno teorico a difesa della vita degli infanti, però, si registra una timida azione pratica: la strategia statale di intervento orientata a frenare tali fenomeni appare invero assai blanda, dal momento che la riforma del Codice penale proposta nel 2013, che prevede una perseguibilità dei rei di infanticidio rituale, è ancora in fase di discussione.

Evidentemente, se fossero garantiti ai bambini disabili tutti i diritti annunciati nelle Carte, la pratica dell'esclusione avrebbe i giorni contati. Purtroppo la grande difficoltà che si incontra nella perseguibilità dell'infanticidio rituale va ascritta alla difficoltà di ottenere denunce e prove. Pochissimi, infatti, sono gli infanticidi rituali portati all'attenzione dei gendarmi: si tratta di un segreto familiare, deciso sovente – anche se non sempre⁸³ – prescindendo dalla volontà delle madri e talvolta a loro insaputa. A ciò si aggiunga che è altrettanto complesso ottenere prove di tale pratica, perché nei contesti rurali delle tribù del Bénin la nascita avviene ancora in percentuali molto alte all'interno delle “mura” domestiche. Invero si rileva che, a dispetto di numerosi sforzi compiuti oramai da oltre mezzo secolo da parte del Ministero della Salute nel tentativo di diffondere la pratica più sicura dell'ospedalizzazione delle nascite, molte donne, sostenute dalle loro famiglie, si dicono più

(motorio, sensoriale o mentale) e, cioè, la creazione di scuole per non udenti e non vedenti, ma anche scuole associative per diversi tipi di handicap.

⁸² In caso di handicap non grave il Paese considera l'educazione integrata come la migliore soluzione per il bambino. Difatti il Bénin vanta un'esperienza di scuola integrata 1997-1999 in collaborazione con la Federazione delle associazioni di persone handicappate (FAPHB) e la Scuola privata integrata “Hibiscus”. Altri programmi non nazionali sono in corso per promuovere e facilitare la scolarizzazione di bambini handicappati nel sistema scolastico ordinario in collaborazione con numerose ONG e, in particolare, con l'UNICEF. Ibid., p. 24.

⁸³ Per un verso parrebbe infatti che le madri siano persuase nel seguire tradizione dell'infanticidio rituale, temendo che il proprio figlio *sorcier* possa essere un pericolo per la comunità tutta, per altro verso sembra che la tradizione Bariba demandi alle madri la responsabilità circa la sorte del figlio nella misura in cui prevede che le donne partoriscono da sole, pertanto l'eventuale segreto o confessione della nascita di un *enfant sorcier* resta a loro discrezione. Cfr. su ciò C.F. Sargent, *Born to Die: Witchcraft and Infanticide in Bariba Culture*, cit., p. 83.

favorevoli al parto domestico⁸⁴ che, come è evidente, consente il perpetrarsi impunito della pratica silente dello “scarto” sociale e del conseguente infanticidio rituale dei disabili.

La maggior parte delle madri, infatti, percepisce come un’onta la trasgressione della tradizione del parto domestico, oltre al fatto che, evidentemente, in caso di nascita “indesiderata”, il parto in ospedale esporrebbe le famiglie alla doppia umiliazione pubblica della “medicalizzazione” di un fatto domestico, come il parto, e della messa al mondo di un demonio che l’istituzione pubblica registra immediatamente, rendendo la “sparizione” del mostro più difficile, anche se non impossibile.

Per tali ragioni la strategia statale – almeno in linea teorica – insiste proprio su questa linea: oltre a prevedere delle sanzioni per le donne che partoriscono in casa, si impernia sulla sempre maggiore rilevanza ascritta ai certificati di nascita, rilasciati solo se i bambini nascono in contesti ospedalieri. I certificati di nascita, infatti, risultano imprescindibili per l’iscrizione a scuola dei bambini, oltre che per i genitori che sono dipendenti pubblici, se desiderano ricevere prestazioni di sicurezza sociale per i familiari a loro carico. Purtroppo molte donne aggirano il problema recandosi in ospedale per ricevere il certificato di nascita subito dopo la nascita del bambino, essendosi accertate preventivamente della sua “integrità”, adducendo la motivazione, non comprovabile, di un parto improvviso e inatteso.

In ogni caso si può asserire che «il parto in ospedale, per definizione, ha spostato la nascita dall’interesse domestico a quello pubblico e, di conseguenza, ha condotto al coinvolgimento del settore nazionale, nel campo della tutela dei minori, il che è andato ad incrinare l’autonomia decisionale della madre e l’autorità del capofamiglia. Pertanto la vita e la gestione degli *enfants sorciers* stanno attraversando un processo di ridefinizione da una questione primariamente domestica, con implicazioni per la discendenza patrilineare, ad una questione di ordine pubblico»⁸⁵.

Ciò, evidentemente, ha contribuito alla riduzione della prassi dell’infanticidio rituale, il che è una prima testimonianza, ancora da comprovare con le dovute misure, del fatto che le tradizioni si modificano a causa di molteplici fattori e non sono, come si è troppo a lungo pensato, statiche e metastoriche, ma di questo parleremo più oltre.

Ciononostante la prassi sussiste; per tali ragioni, il Comitato dei diritti dell’infanzia (*Comité des droit de l’enfant – CDE*) dell’ONU, denunciando la persistenza dell’infanticidio degli *enfants sorciers*, ha più volte sollecitato una più risoluta azione da parte dello Stato beninese, come si legge in un rapporto del 2006: «Il Comitato raccomanda allo Stato membro

⁸⁴ Cfr. C.F. Sargent, *The Cultural Context of Therapeutic Choice*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1982.

⁸⁵ C.F. Sargent, *Born to Die: Witchcraft and Infanticide in Bariba Culture*, cit., p. 86.

di adottare misure, anche legislative, al fine di prevenire e fermare l'infanticidio e proteggere i bambini e garantire il loro diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo. A questo proposito, il Comitato raccomanda un'educazione comunitaria sui diritti dei bambini, in particolare attraverso il canale dei corsi di alfabetizzazione e le scuole elementari, la promozione dei parti medicalmente assistiti nei centri di salute da ostetriche correttamente formate, nonché il monitoraggio dei neonati nelle comunità e la realizzazione di un adeguato supporto per le ONG e i gruppi religiosi attivi in questo campo. Si raccomanda inoltre che i rei di infanticidio siano condotti innanzi alla giustizia»⁸⁶.

Purtuttavia ancora di recente, il 20 gennaio 2015⁸⁷, il Bénin, in occasione del periodico esame da parte del Comitato dell'ONU, è stato nuovamente intimato a porre rimedio rapidamente alla questione dei diritti dei bambini beninesi in generale e quella degli *enfants sorciers* in particolare. Malgrado i progressi legislativi compiuti dal Bénin per la promozione e la protezione dei diritti dei bambini, il Comitato si dice ancora preoccupato, giacché il nuovo Codice penale che incrimina esplicitamente gli omicidi rituali dei bambini detti *sorciers* non è ancora stato adottato. A ciò si aggiunga che è ancora lacunosa un'efficace azione di sensibilizzazione della popolazione contro l'infanticidio rituale promossa dallo Stato, il che rende ancora molto lontana la possibilità di un'iniziativa spontanea di denuncia e la conseguente perseguibilità dei rei⁸⁸.

Si legge, infatti, in un testo a cura del Centro di ricerca interdisciplinare per l'infanzia di Cotonou, fondamentale per intendere la posizione locale su detta questione, che: «i principi della Convenzione relativa ai diritti dell'infanzia fanno ancora molta fatica ad imporsi nella nostra mentalità. Questa situazione ci interpella unanimemente e ci interroga su cosa bisogna fare affinché vengano applicati tali testi che consacrano i diritti del bambino o che la protezione sia effettiva nei nostri comportamenti quotidiani. Bisognerà cominciare con la traduzione in tutte le nostre lingue nazionali dei differenti testi relativi ai diritti dell'infanzia ed in particolare la Convenzione relativa ai diritti dell'infanzia e la loro divulgazione»⁸⁹.

⁸⁶ Comitato dei diritti dell'infanzia, *Esame dei rapporti presentati dagli Stati Membri in applicazione dell'art. 44 della Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 20 ottobre 2006. Il testo è scaricabile sul portale delle nazioni unite: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FBEN%2FCO%2F2&Lang=en (ultima visualizzazione novembre 2016, trad. mia).

⁸⁷ Comitato dei diritti dell'infanzia, *Esame dei rapporti presentati dagli Stati Membri in applicazione dell'art. 44 della Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 20 gennaio 2015, cit.

⁸⁸ Convenzione sui diritti dell'infanzia, Comitato dei diritti dell'infanzia, *Osservazioni conclusive su Terzo-Quinto Rapporto del Bénin*. CRC/C/BEN/CO/3-5, 25 febbraio 2016 http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/BEN/CO/3-5&Lang=en (ultima visualizzazione novembre 2016).

⁸⁹ T. Agossou (a cura di), *Regardes d'Afrique sur la maltraitance*, cit., p. 108 (trad. mia).

L'urgenza denunciata da più parti è, dunque, che lo Stato si impegni a rendere effettuali quei diritti degli infanti attraverso interventi pratici, ovvero prevedendo:

- un più attento monitoraggio delle registrazioni delle nascite che consenta di superare la cultura del parto a domicilio, favorendo l'edificazione di *maternité* (edifici paraospedalieri preposti alla gestazione in condizioni igieniche idonee) anche nelle zone più rurali sicché i bambini possano fuggire dagli sguardi di coloro che sono subito pronti a definirli come “*mal nés*”;
- una messa a punto dell'apparato giuridico orientata alla lotta contro l'infanticidio rituale che possa mettere fine all'impunità dei responsabili;
- un'intensificazione delle campagne di sensibilizzazione che chiariscano l'infondatezza dell'accusa di *sorcellerie* sia presso le singole comunità tribali, utilizzando anche le influenti figure dei capi religiosi e tradizionali, sia a livello della discussione pubblica⁹⁰;
- la realizzazione di strategie di protezione sociale e sostegno delle famiglie vulnerabili alle quali offrire accesso ai servizi di base (come sanità ed educazione).

Purtuttavia è indisconoscibile che la scarsa fattività statale è però compensata da iniziative private di missionari cattolici, di Associazioni e ONG preposte a tali scopi (si pensi che più di 7000 bambini sono stati iscritti all'anagrafe grazie al Centro di Promozione sociale che collabora con l'Unicef⁹¹) di cui parleremo diffusamente nel paragrafo che segue.

4. *Tradire le tradizioni: madri consapevoli coinvolte nella cura dei figli*

L'etimologia del lemma “tradizione” (da *tradĕre*, tramandare) ci dice della sua storicità, del suo essere trasmessa di generazione in generazione, nel tempo. Tuttavia è ben noto che, implicitamente, il trasferire *storicamente*, di generazione in generazione, ancor più se *oralmente*, una teoria, riconosce una possibilità di *tradimento*, nel senso di adattamento al

⁹⁰ La sensibilizzazione dovrà configurarsi come demistificatoria in maniera probante: riportando esempi e testimonianze di bambini dichiarati “*sorciers*” e per qualche motivo contingente riusciti ad evitare l'esecuzione che hanno fatto la fortuna dei parenti adottivi o di quelli biologici. I media, gli artisti, i personaggi noti ed influenti dovranno contribuire risolutamente a tale battaglia.

⁹¹ A.T., *Comité de l'ONU pour les droits de l'enfant: Le Bénin appelé à remédier à la situation des enfants “sorciers”*, in «Actu Benin», <http://www.actubenin.com/?Comite-de-l-Onu-pour-les-droits-de-l-enfant-Le-Benin-appelle-a-remedier-a-la> (ultima visualizzazione novembre 2016). Sul tema cfr. anche O. Asselin, *Protéger les enfants dits « sorciers », une priorité de l'UNICEF au Bénin*, in «Unicef France», 9 Mai 2012, <https://www.unicef.fr/article/protéger-les-enfants-dits-sorciers-une-priorite-de-l-unicef-au-benin#> (ultima visualizzazione novembre 2016).

contesto contingente o alla personalità dell'interprete che la recupera per tramandarla. La traduzione nel tempo di una tradizione può dare adito a travisamenti, non sempre nocivi.

Pur rimandando alla sezione successiva la riflessione sulla storicizzazione culturale, al fine di concludere il discorso sull'infanticidio rituale degli *enfants sorcières* perpetrato in Bénin è d'uopo rendere conto di un *tradimento* in atto: la tradizione della prassi inumana dell'infanticidio è, infatti, in significativo disuso, pur restando, purtroppo, ancora molto viva.

Indisconoscibile è il ruolo che hanno ricoperto in tale auspicabile tradimento gli strumenti giuridici nazionali ed internazionali sopraccennati, come anche il lavoro di sensibilizzazione intrapreso con grande sollecitudine da numerose ONG ed Associazioni umanitarie: dall'Associazione beninese di assistenza all'infanzia e alla famiglia (ABAEF) del CIAF⁹², all'Associazione per la protezione dell'infanzia svantaggiate (APEM) del programma PIED⁹³, fino alla più attiva in tal senso ELIB, *Espoir de Lutte contre l'infanticide au Bénin*⁹⁴.

Quest'ultima, sorta dal 1993 per iniziativa del prete cattolico, il reverendo padre Pierre Bio-Sanou, cappellano dell'ospedale di Tanguiéta (che si trova a circa 580 km a nord di Cotonou), appartenente all'etnia dei Baatonou, è particolarmente implicata in detta prassi rituale dell'infanticidio. Il padre beninese ha dal 1979 portato avanti una battaglia solidale passante attraverso la sensibilizzazione a tutti i livelli: dalla famiglia, alla scuola, ai media, instancabilmente il dibattito è stato posto all'attenzione pubblica al punto che ad oggi è possibile registrare significativi mutamenti nella gestione della disabilità infantile.

Difatti nei contesti in cui *la discriminazione si fa crimine*, lo stigma, la paura del diverso può essere combattuta attraverso la conoscenza, l'educazione e l'etica del rispetto delle differenze le quali devono radicarsi anzitutto nella famiglia, prima forma sociale chiamata a dover accettare la diversità e non certo a cercare, barbaramente, di celarla.

Il *contesto* che circonda il disabile è il primo, dunque, a dover essere correttamente informato: missionari e medici sono chiamati a diffondere nozioni di base relative all'handicap neonatale, traducendo il linguaggio scientifico in modo da renderlo comprensibile a tutti. All'informazione deve seguire, poi, la formazione delle famiglie, le quali devono essere rese edotte sulla diversità che deve essere considerata non come disvalore rispetto alla norma, ma come differenza tra differenze, tutte titolari di pari *dignità*. Solo così sarà possibile entrare in una fase *construens* in cui ci si mette alla ricerca delle più opportune

⁹² La sigla CIAF sta per *Comité Inter- africaine sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants* : <http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Benin/CIAF/ciaf.html>.

⁹³ PIED sta per *Programme de Insertion des Enfants Déshérités* : <http://ongpiet.org/>.

⁹⁴ Il sito ufficiale dell'associazione è il seguente: <http://www.espoirsansfrontieres.org/article-2-1-7>.

strade da percorrere per affrontare la disabilità di un familiare al fine di creare per quest'ultimo il miglior ambiente di vita possibile.

Padre Sanou racconta di aver recuperato centinaia di bambini da morte certa (anche non disabili, ma esclusi per le modalità sopraccennate della loro nascita) ed averli fatti adottare da alcune famiglie francesi, ma ad oggi il suo lavoro è reso più semplice da una progressiva responsabilizzazione che si registra nella mentalità tribale⁹⁵.

«L'infanzia, come *opus operatum* e *modus operandi* di crisi e di rinnovamento, diviene, in effetti, il luogo identitario in cui si manifestano chiaramente le rotture di un'Africa in transizione. Come parte integrante di una trasformazione più grande, quella dell'architettura socioculturale, politica ed economica del Paesaggio urbano, i bambini e gli adolescenti si situano allora alla frontiera della riconfigurazione di geografie di integrazione e di esclusione, sia private che pubbliche»⁹⁶.

Sono, infatti, le famiglie stesse che uccidono molto meno i neonati, ma li abbandonano presso orfanotrofi⁹⁷ o le *maternité*. A ciò si aggiunga che presso molte tribù è stata istituita la pratica della “neutralizzazione” dell'elemento maligno degli *enfants sorciers*, i quali, sottoposti a un processo “medicale” di cura, con «sostanze magiche, che possono essere

⁹⁵ Si veda il reportage D. Avimadjessi- B. Speziali, *On tue les enfants sous vos yeux – Infanticide rituel : le cas du Bénin*, cit., in cui è riportata una lunga intervista a padre Sanou.

⁹⁶ F. de Boeck, *Le «deuxième monde» et les «enfants-sorciers» en République démocratique du Congo*, in «Politique africaine», cit., p. 32.

⁹⁷ Esemplare è il lavoro svolto nel *Centre Vidjingni Les Archanges* gestito da Suor Sabine Marie in Bénin, dove vengono accolti bambini disabili o orfani abbandonati dalle famiglie che vengono trovati in strada, nella foresta o fuori le mura del centro, dove vengono condotti di nascosto dai loro stessi parenti affinché qualcuno si prenda cura di loro. Si veda l'intervista a Suor Sabine Marie: «Questo è il *Centre Vidjingni Les Archanges* di Dékanué. La vita del centro inizia il 29 settembre 1995, dunque ha da poco compiuto 20 anni. E' nato come centro di accoglienza per bambini polihandicappati mentali ed abbandonati, che non conoscono né il loro padre, né la madre. Si tratta di bambini che abbiamo incontrato sulla strada, spesso abbandonati in dei fossi (...). Quanto ai bambini portatori di handicap abbiamo degli autistici, degli psicotici, altri affetti da psicosi maniaco-depressive, da altre disabilità mentali o moto-cerebrali e quasi tutti (il 95 %) sono epilettici, il che vuol dire che quasi tutti sono sotto trattamento epilettico, poi ci sono i trattamenti specifici per il loro stato come i neurolettici, psicotropi che possono essere somministrati anche a casa (...). Noi cerchiamo anche di dare loro il massimo affetto possibile perché abbiamo potuto riscontrare che loro iniziano a star meglio, a stare tranquilli, già se si sentono al sicuro, se si sentono amati, accettati. Quando arrivano hanno sempre molta paura, soffrono soprattutto la fame, si agitano, si battono la testa, poi capiamo che il problema è il nutrimento. Dopo aver dato loro da mangiare già possiamo notare che si calmano. Si tratta di bambini che hanno sofferto molto, soprattutto la fame». In questo centro la prima cura data ai bambini è l'affetto, vi sono poi assistenti (“tata”) che si occupano di loro e personale sanitario dedicato (ortofonisti, esperti in kinesi terapie), ma quel che colpisce è il metodo integrativo, difatti le suore cercano di tenere insieme i bambini disabili e quelli sani, così da superare le barriere ideologiche, che sono le più difficili da valicare: «Spesso facciamo in modo che i disabili e i sani siano insieme, giochino insieme, cosicché i primi possano essere stimolati e i secondi responsabilizzati». Cfr. intervista, *infra*, pp. 500-503.

ingerite, con le quali ci si può lavare o usate attraverso la terapia della fumigazione»⁹⁸, vedono assopirsi il loro potere mortifero che viene ad essere esorcizzato⁹⁹.

Tuttavia padre Sanou non si fa illusioni circa la difficoltà di eradicare la prassi dell'infanticidio rituale: «l'infanticidio avrà ancora un futuro luminoso fino a quando tali bambini detti *sorci*ers non saranno integrati nelle loro società». Tuttavia tale integrazione non è cosa semplice. «Per un bambino a cui si nega la natura umana che egli riceve da Dio, per colui al quale non si accorda neanche il nome che egli riceve di diritto in ordine alla nascita, non c'è posto nella società. A lui non resta che la morte o il rifiuto, la rottura totale con la sua stessa società di appartenenza»¹⁰⁰.

Difatti la trasformazione culturale riguarda comunque prevalentemente la modalità di espletamento della prassi che è resa meno violenta, non le credenze: si assiste a una riduzione delle morti, ma paradossalmente ad un proporzionale aumento delle stigmatizzazioni. Quel che si rileva è che, se i neonati malformati riescono ad essere sottratti alla tradizione di morte, la loro vita continuerà ad essere segnata da una significativa stigmatizzazione sociale, drammatica quanto la morte stessa in un contesto in cui la società precede l'individuo. La paura, la vergogna, le antiche credenze ben radicate fanno dei bambini disabili uno dei problemi più difficili da superare. I bambini sopravvissuti restano marchiati a vita: vivono nascosti nelle loro case per anni, sono negletti, scartati, messi ai margini della vita della comunità; ogni fatto negativo che si abatterà sulla comunità sarà considerato di loro responsabilità, il che rivela che su di loro incombe una minaccia di morte costante. I compagni di scola "normali" vengono edotti dai genitori a non socializzare o dividere il proprio pasto con loro, a non sedersi accanto a loro; le bambine reintegrate certamente da adolescenti non troveranno marito, giacché nessuno si dirà disponibile a prenderle in moglie.

⁹⁸ C.F. Sargent, *Born to Die: Witchcraft and Infanticide in Bariba Culture*, cit., p. 91.

⁹⁹ Cfr. l'articolo *De plus en plus d'enfants accusés de sorcellerie*, in «Irin», 16 Juillet 2010: <http://www.irinnews.org/fr/report/89883/afrique-de-plus-en-plus-d%E2%80%99enfants-accus%C3%A9s-de-sorcellerie> (ultima visualizzazione novembre 2016), in cui si legge che molti pastori-profeti approfittatori, sovente appartenenti a chiese pentecostali locali, si dicono capaci di identificare i *sorci*ers. In tal modo non solo lucrano sull'ideologia perversa della *sorcellerie*, ma contribuiscono ad avallarla e a legittimarla. Il loro lavoro si avvale di preghiere e pratiche purificatorie, ma, talvolta, con lo scopo di eliminare il male dal corpo del portatore, le loro azioni diventano violente e altrettanto inumane. Per tali pastori-profeti, liberare gli *enfants sorci*ers apporta non solo un guadagno, ma anche un riconoscimento sociale: una certa popolarità che procura nuovi adepti e clienti, dunque, ancora più denaro in un circolo perverso di ideologia, business, arricchimento e dolore. Nell'articolo viene riportato l'esempio del "vescovo" Sunday Ulup Ay che nello stato Akwa Ibom, nel sud-est della Nigeria, chiedeva, prima di essere arrestato 261 dollari per l'esorcismo di ciascun bambino. Inoltre, accanto alle sette religiose, anche i guaritori tradizionali adducono di poter liberare i bambini dal male: essi propongono l'utilizzo di piante medicinali, sovente tossiche che ingenerano vomiti o defecazioni che possono essere interpretate sia come prove di una presenza maligna, sia dell'efficacia del trattamento.

¹⁰⁰ P. Bio-Sanou, *Rapport final sur le Séminaire National sur les droits de l'enfant à la vie et à la famille et les pratiques coutumières au Bénin*, Parakou 20-22 novembre 1995, citata in Y.V.R Adoukonou, *Contribution aux stratégies de communication pour l'éradication de l'infanticide rituel en milieu baatonu de Bori, commune de N'Dali*, cit. (trad. mia).

Al di là dell'attività di sensibilizzazione l'ELIB si impegna anche nella costruzione di *maternité* in prossimità dei villaggi per ridurre il rischio di infanticidio: come detto, non conoscendo le condizioni della nascita, molti bambini nati ad esempio con parto podalico riescono a sopravvivere. Ma è evidente che la grande differenza tra la costruzione di tali luoghi e la loro frequentazione sta proprio nella scelta delle madri di andare lì a partorire per evitare il rischio di vedere il proprio figlio ucciso. Talvolta è loro interdetta tale decisione dai mariti o dai capi dei villaggi, altre volte sono esse stesse che si rifiutano.

Nell'intervista già citata, riportata in appendice, Padre Christian Stenou spiegava:

«Le madri sono convinte anch'esse che bisogna agire in questo modo: anch'esse pensano che il proprio figlio sia un “*sorcier*”, che sia maligno (“*mauvais*”). Per loro è normale che li si elimini. Oggi, tuttavia, si può riscontrare che le madri a poco a poco prendono coscienza e cominciano a reagire rispetto a questa esclusione: adesso lottano per proteggere i propri figli ed è per questo che abbiamo creato il *Centro per malati mentali* [la *Maison des enfants*] a Zagnanado, per aiutare ed incoraggiare le madri, per mostrare loro che il loro figlio non è così irrecuperabile come dicevano loro e che è possibile fare qualcosa ed aiutarli dal punto di vista psicologico. Non si tratta solo di aiutare i bambini, ma anche le madri»¹⁰¹.

L'esperienza della *Maison des enfants* portata avanti in collaborazione con l'Ospedale di Gbemontin a Zagnanado per iniziativa di una donna eccezionale, Suor Julia Aguiar¹⁰² e del suo “gemello”, Padre Christian Stenou, poggia su una geniale idea: quella di coinvolgere direttamente le madri nel percorso di riabilitazione dei figli, bambini polihandicappati e disabili di origine cerebrale.

Invero va riconosciuto che le donne che non intendono accettare l'infanticidio dei propri bambini vengono escluse anch'esse dalla comunità di appartenenza, esiliate, rese apolidi, prive di diritti e, dunque, messe a morte loro stesse, perché egoiste protettrici di una vita che costituisce un pericolo per la famiglia tutta. Si profila per loro una doppia scelta: abbandonare il proprio figlio o lasciarlo alle mani omicide dei *bourreau*, preservando la propria appartenenza al clan e, dunque, la propria vita, oppure lasciare il gruppo con il rischio che, per preservare la vita del figlio, la loro scelta abbia condannato a morte entrambi.

¹⁰¹ Intervista a P. Christian, *infra*, pp. 436.

¹⁰² Suor Julia Aguiar, galiziana, missionaria francescana della Congregazione della Madre del Divin Pastore porta avanti in prima persona, operando instancabilmente, il Centro Gbemontin, dedicato alla cura di un comprensorio di 80/100.000 contadini poveri. Giunta in Bénin alla fine degli anni '70 ha dato vita on Padre Christian Stenou al Centro sito in Zagnanado, diventato centro di eccellenza per la cura di una piaga che affligge quei luoghi, l'ulcera del Buruli. Nel 2009 la suora ha ricevuto una laurea honoris causa in medicina e chirurgia dall'Università degli Studi di Napoli Federico II. Per rendere conto del suo operato ineguagliabile il Prof. Enrico Di Salvo, presidente dell'Associazione Konou Konou Africa Onlus che è già alla sua ventesima missione in territorio beninese, le ha dedicato un libro bellissimo: E. Di Salvo, *Gbemontin, La vita ritrovata*, con fotografie di F. Burrelli, cit. L'ultimo progetto della suora, al quale ci si augura facciano seguito molti altri è la creazione della *Maison des enfants*, presidio per la cura e la riabilitazione dei bambini con gravi disabilità motorie di origine cerebrale, cui sono stati destinati i proventi del libro.

Spesso le madri si rivolgono agli ospedali di missionari e religiosi e, sicure di aver dato al proprio figlio una possibilità di vita con l'affidarli ai medici, lo lasciano lì e fanno ritorno ai propri villaggi per prendersi cura degli altri figli. Altre volte è interdetto loro di rientrare in comunità finché quel figlio che hanno deciso di salvare non viene curato. Difatti, per i bambini affetti da malformazioni curabili, l'intervento medico chirurgico – si pensi ai casi di schisi labiale – , risolvendo il problema estetico, restituisce a tali bambini «una chance di vita, di vita vera e riconosciuta»¹⁰³, ovvero consente ai figli e alle madri un pieno reintegro nella comunità di appartenenza.

Rispetto, invece, alle patologie più gravi la questione è molto più drammatica. Messi fuori dal contesto tribale, i malati e le loro madri vengono accolti gratuitamente al centro di Zagnanado; tuttavia, qualora le madri volessero abbandonare l'ospedale per fare rientro da sole in famiglia, vengono spinte – e persino costrette – a rimanere con i propri figli, pena il rifiuto di curare il bambino: lì si accetta di accogliere un malato solo se la madre o un altro familiare resterà al suo fianco. Lo scopo di tale insistenza è offrire alle donne un'occasione di familiarizzare con la malattia, intendendola al di là di categorie culturali e religiose, e con la cura, perché la disabilità, seppur in alcuni casi non è guaribile, non è detto che non possa essere curabile, nel senso di essere accompagnata da percorsi terapeutici e riabilitativi che possono contribuire ad un miglioramento della qualità della vita di chi ne è affetto e di coloro che se ne occupano.

Difatti la strategia della *Maison des enfants* prevede che i bambini malati siano introdotti in percorsi di cura e riabilitazione personalizzati *insieme* alle loro madri. Al di là del ruolo dei professionisti, tale approccio riconosce come prioritario il ruolo delle madri, considerate i migliori “facilitatori” dello sviluppo dei figli: esse vengono introdotte alla gestione quotidiana della patologia del proprio figlio al punto da sentirsi protagoniste del progetto riabilitativo.

Un'educatrice del Centro ci dice, infatti, che:

«L'idea alla base della creazione della *Maison des Enfants* è stata quella di demistificare l'handicap: è un modo per dire noi rispettiamo le vostre credenze, è possibile che tali bambini abbiano avuto dei problemi con i loro antenati e questa sia la causa della loro patologia, ma al momento questi bambini sono qui e, nonostante i loro handicap, possono fare delle cose. Uno dei nostri compiti principali, infatti, è quello di spiegare alle madri che ognuno di quei bambini può migliorare [“il peut avancer”], può fare dei piccoli progressi, ma questo vuol dire dare loro una possibilità»¹⁰⁴.

¹⁰³ Ivi, p. 146.

¹⁰⁴ L'educatrice intervistata è Celine, ragazza francese di 24 anni, ormai da due in Bénin al servizio dei più bisognosi come volontaria della Délégation Catholique pour la Coopération (DCC: <http://ladcc.org/>). La ragazza

Esperire direttamente che un bambino polihandicappato ha una possibilità di vita ed anche di recupero fisiopatologico (pur parziale) rappresenta un'esperienza unica per queste donne che ritrovano fiducia nel futuro dei figli e riacquistano sicurezza in se stesse. Difatti, i sentimenti di vergogna, colpevolezza e sconforto avvertiti dopo il parto di un bambino disabile che allontanano la donna dal marito – il quale il più delle volte si dissocia da tale infausto evento¹⁰⁵ – e la isolano dal gruppo dei familiari, vengono superati da un nuovo senso di utilità e di speranza che derivano dalla responsabilizzazione rispetto alle cure.

Le madri, infatti, già principali ed esclusive garanti dell'assistenza in tutti gli ambiti della vita dei figli, sono chiamate a prestare (*give*) una cura (*care*) che in casi come quelli descritti si rivela più significativa di quella propriamente sanitaria. Diventano così *caregivers informali* (atteso che i *caregivers formali* sono i professionisti delle cure), figure preziose ed indispensabili per affrontare la disabilità, il che addivene esperibile anche per gli abitanti dei villaggi siti nei pressi della *Maison des enfants* i quali non restano estranei a questa *dimostrazione pratica* che la disabilità è una condizione di vita possibile e non certo di morte, che viene posta sotto gli occhi di tutti. Questo vuol dire sensibilizzare la popolazione e non fermarsi ad astratte parole che non riescono ad essere ascoltate da chi parla una lingua troppo diversa.

Su ciò Padre Christian è chiarissimo:

«Per me bisogna mostrare alla popolazione che ci sono alternative. Mostrare che è possibile curare in uno modo diverso. Penso ad esempio ai bambini handicappati che sono già qui: quando le persone dei villaggi vedranno come trattiamo i bambini malati e vedranno come questi bambini si divertono, giocano, io penso che questo farà cambiare loro opinione. Questo fa progredire la mentalità. Noi accogliamo un bambino handicappato, ma tantissime altre famiglie vedranno e capiranno che non bisogna ucciderli. Questo è uno dei motivi per cui mi dispiace un po' che il Centro per i bambini sia un po' separato, ma non c'era altro modo di fare. Lo stesso accade rispetto ai bambini malnutriti che spesso vengono eliminati quando si gonfiano oltremodo, quando noi mostriamo alle famiglie che dando della farina, la bouillie¹⁰⁶, ai loro figli, pian piano essi migliorano fino a piena normalità, questo fa avanzare le cose (...). Se ci si accontenta di dire le cose, di fare dei grandi discorsi nei villaggi, non cambierà molto, ma se invece si mostra loro la realtà (...). È importante che loro possano constatare»¹⁰⁷.

Dopo aver mostrato che tali vite difficili esistono, sono curabili e sono titolate di diritti inalienabili fondamentali, il passo successivo dell'itinerario che unisce *to cure* e *to care* dei

spiega che una delle spiegazioni che gli abitanti delle tribù danno dell'handicap è un problema intercorso tra il nuovo nato e gli antenati che, come forma di punizione per lui stesso e per la famiglia, lo portano alla vita in un corpo disabile. Cfr. intervista a Celine, *infra*, pp. 446-447.

¹⁰⁵ Cfr. P. Christian che nell'intervista riportata in appendice lamenta la scarsa presenza dei padri rispetto alle cure dei figli, *infra*, p. 436.

¹⁰⁶ La bouillie è un composto di latte e farina che solitamente viene dato ai bambini.

¹⁰⁷ Intervista a padre Christian, *infra*, p. 440.

missionari di Gbemontin contempla il reinserimento della madre e del bambino nelle loro comunità di appartenenza.

Spiega l'educatrice del Centro che:

«L'idea alla base della *Maison des Enfants* è di favorire il reintegro dei bambini nelle comunità almeno a partire dal momento in cui è visibile qualche miglioramento a livello della *motricità*, ovvero un minimo di autonomia nei movimenti, così al momento del ritorno al villaggio la loro vita sarà più semplice. Poi noi stessi ci recheremo periodicamente nei villaggi ed attenderemo le madri e i bambini qui alla *Maison*, anche solo per accertarci delle condizioni di vita e di salute del bambino e rassicurare le madri che siamo qui per ogni problema o dubbio»¹⁰⁸.

Dunque, trascorsi i mesi necessari per la riabilitazione possibile e dopo aver introdotto le madri alle modalità di interazione con i propri figli disabili, contrastando tradizioni ataviche, l'equipe della *Maison des Enfants* si reca nei villaggi di provenienza dei malati e intraprende l'iter consueto di sensibilizzazione, finalizzato però al riaccoglimento delle madri e dei bambini nelle proprie tribù.

Sempre più persone vengono riammesse nelle comunità: si assiste ad una familiarizzazione anche visiva e morfologica con il diverso al quale viene progressivamente riconosciuto il diritto alla vita e, nonostante ancora molto resti da fare per giungere ad una piena inclusione, è indisconoscibile che un passo significativo sia stato compiuto.

Pertanto parrebbe che proseguire in tal senso, cercando di esportare diffusamente sul territorio il modello della *Maison des enfants*, sia un'opzione da prendere in considerazione con serietà. Evidentemente ciò dovrebbe accompagnarsi ad una mobilitazione molto più *esperibile* delle politiche pubbliche in direzione del riconoscimento di tutele e diritti fondamentali e sociali, che sono la base per il godimento di quelli civili e politici, dei disabili.

A tutt'oggi, nella misura in cui la nascita con disabilità è ancora considerata come un limite al diritto alla vita, si può dire che il primo soggetto non abile sia proprio la società africana, incapace di dare cittadinanza a tutti i suoi membri: troppi sono, infatti, i cittadini invisibili, privi di riconoscimenti e di tutele, impossibilitati a vivere perché malati e stigmatizzati dalle loro stesse tradizioni identitarie.

Risulta, pertanto, non posponibile un impegno costante e massiccio per consentire che alle vite disabili venga abilitata una possibilità autentica di vita e cioè vengano riconosciuti quei diritti che le tradizioni non possono escludere. Ciò addviene pensabile solo riconoscendo una intrinseca capacità trasformativa delle culture da orientare ad una maggiore conoscenza della malattia inguaribile, finalizzata ad una responsabilizzazione dei singoli e dei

¹⁰⁸ Cfr. Intervista a Celine, *infra*, p. 449.

gruppi che li metta nelle condizioni di *mediare* tra il rispetto delle tradizioni e dei diritti fondamentali, a tutela della dignità della persona umana.

CAPITOLO SECONDO

La malattia mentale secondo la cultura beninese

Demonologia, culti, ritualità e miti religiosi si congiungono assai sovente in territorio africano a questioni relative alla malattia e alla cura giacché, come visto, secondo la tradizione, gelosie o collere di vivi e non vivi sono in grado di *ammalare* terzi: antenati, demoni o nemici del malato sono, infatti, considerati responsabili delle sventure e sofferenze che si abbattano su di lui. La malattia, lo si dica ancora una volta, è intesa come manifestazione del male *inviato*¹⁰⁹, del principio demonico che può estrinsecarsi in brutture o mostruosità manifeste, in dolorosissime quando non mortali affezioni o in irragionevoli ed incontenibili episodi di violenza.

Difatti, proprio come nel caso della summenzionata malformazione del bambino, anche lo squilibrio psichico, secondo una viva tradizione diffusa in gran parte del territorio dell’Africa subsahariana, è ascritto al complesso fenomeno culturale della *sorcellerie*.

«Nella società tradizionale africana sono ancora molto forti le credenze nell’esistenza e nelle attività di streghe, spiriti ancestrali, *sorcerers*, divinatori, e così via, e la convinzione che il benessere di un individuo può essere influenzato attraverso la subdola manipolazione di quegli agenti che costituiscono il suo ambiente psicosociale. In linea con queste credenze, la maggiore causa di sfortuna come di malattia (in particolar modo mentale) e di morte tra gli africani è considerata proprio l’attività di tali agenti sovrannaturali»¹¹⁰.

Tradizione risalente e familiare anche alla storia del razionale Primo mondo quella che vede il sopraporsi di insanità mentale e possessione, è a tutt’oggi ancora molto diffusa nella mentalità animista e vuduista del popolo africano¹¹¹. In particolare tali credenze sono assai

¹⁰⁹ Cfr. interviste, *infra*, pp. 406-503. Si tenga presente su ciò: M. Koutekissa, *Contes et légendes au Bénin : le soleil et la lune*, Cyr, Echirolles (Isère), 2009.

¹¹⁰ O.F. Aina, *Mental illness and cultural issues in West African films: implications for orthodox psychiatric practice*, in «Medical Humanities», (2008) 30, pp. 23-26, ivi, p. 23. (trad. mia). Cfr. Su ciò anche M.J. Field, *Witchcraft as a primitive interpretation of mental disorder*, in «J. Ment. Sci.», (1955), 101, pp. 826-833; M.A. Makinde, *Cultural and philosophical dimensions of Neuromedical Sciences*, in «Nigerian Journal of Psychiatry», 1 (1985), pp. 85-100; A.O. Odejide- L.K. Oyewumi- J.U. Ohaeri, *Psychiatry in Africa. An Overview*, in «Am J Psychiatry», 146 (1989), pp. 708-716; A.O. Odejide, *Traditional psychiatric practice: its role in developing countries*, in «The Psychiatric Journal of the University of Ottawa», 4 (1979) 4, pp. 297-301; B.O. Osuntokun, *The traditional basis of neuropsychiatric practice among the Yoruba of Nigeria*, in «Tropical and Geographical Medicine», 27 (1975), pp. 422-430; R. Prince, *The Yoruba image of the witch*, in «Journal of Mental Science», 107 (1961), p. 795; Id., *Indigenous Yoruba psychiatry*, in A. Kiev (ed.), *Magic, faith and healing*, Free Press of Glencoe, New York, 1964, pp. 84-120.

¹¹¹ K. Hartog-K. Gow, *Religious attribution pertaining to the causes and cures of mental illness*, in «Mental Health, Religion and Culture», 8 (2005) 4, pp. 263-276.

radicate nella mentalità Yoruba¹¹², gruppo etno-linguistico diffuso in Africa occidentale, assai presente in quello che è stato eletto come terreno esemplare di riferimento per la presente ricerca, ovvero il Bénin¹¹³, e in Nigeria. Qui, in particolare, si tende ad ascrivere alla tradizione dell'*Ogun Oru*¹¹⁴ (letteralmente “guerra notturna”) – considerata come infiltrazione demonica nel corpo e nella psiche soprattutto delle donne¹¹⁵ durante il sonno – i disordini neuropsichiatrici notturni quali le parasonnie come il terrore del sonno (caratterizzato da risveglio improvviso, accompagnato da grida di terrore, agitazione, volto congesto,

¹¹² T. Asuni- N.H. Wolff, *The prevalence of belief in indigenous medicine among Yoruba mental patients*, Paper presented at the 21st annual meeting of the Africa studies Association, Baltimore, Maryland, USA, 1978; P.A. Dopamu, *Yoruba magic and Medicine and Relevance for Today*, in «Religious Journal of the Nigerian Association for the Study of Religions (NASR)», 4 (1979), pp. 1-33; A.H. Leighton - T.A. Lambo – C.C. Hughes - D.C. Leighton - J. Murphy- D.B. Macklin, *Psychiatric disorders among the Yoruba*, Cornell University Press, Ithaca, NY, 1963; R.O.A. Makanjuola, *Yoruba Healers in Psychiatry I Management of Psychiatry disorders*, in «African Journal of Medical Science», 16 (1987), pp. 61-73; O. Morakinyo- A. Akiwowo, *The Yoruba ontology of personality and motivation. A multidisciplinary study*, in «Journal of Social Biology and Structure», 4 (1981), pp. 19-38; B.O. Osuntokun, *Traditional Basis of Neuropsychiatric Practice among Yorubas in Nigeria*, cit.; G.E. Simpson, *Changes in Yoruba Religion and Medicine*, in Aa. Vv., *Yoruba religion and medicine in Ibadan*, Ibadan University Press, University of Ibadan, Nigeria, 1980, pp. 143-169.

¹¹³ Si veda in proposito il fondamentale documento sorto dalla collaborazione tra World Health Organization e Assessment Instrument for Mental Health System (WHO-AIMS) e Ministero della Salute della Repubblica del Bénin che descrive la situazione della salute mentale in Bénin evidenziando carenze e tracciando prospettive per l'azione futura. Cfr. WHO-AIMS, *Report on Mental Health System in the Republic of Bénin*, Cotonou, 2007: http://www.who.int/mental_health/WHO-AIMS_benin_English.pdf (ultima visualizzazione gennaio 2017). Si tengano presente poi i numerosi articoli pubblicati su riviste online sul tema: G. Loko, *Bénin: le chemin de croix des malade mentaux*, in «Le Podcast Journal», 18 luglio 2010: http://www.podcastjournal.net/Benin-Le-chemin-de-croix-des-malades-mentaux_a5691.html ; Id., *Bénin: Quand l'hôpital psychiatrique ne tourne pas rond*, ivi, 19 luglio 2010 http://www.podcastjournal.net/Benin-Quand-l-hopital-psychiatrique-ne-tourne-pas-rond_a5683.html; Id., *Bénin, le 36 visage de la maladie mentale*, in «Le Podcast Journal», 20 luglio 2010 http://www.podcastjournal.net/Benin-Les-36-visages-de-la-maladie-mentale_a5684.html (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹¹⁴ O.F. Aina- O.O. Famuyiwa, *Ogun Oru: A Traditional Explanation for Nocturnal Neuropsychiatric Disturbances among the Yoruba of Southwest Nigeria*, in «Transcultural Psychiatry», 44 (2007) 1, pp. 44-54. Per il popolo Yoruba la notte è un tempo sacro in cui demoni, spiriti e antenati si aggirano nel mondo dei vivi e possono attaccare le persone (il periodo in cui gli uomini sono più vulnerabili va da mezzanotte alle 3-4 del mattino). Nell'articolo citato si legge che l'*ogun oru* è inteso come una sorta di attacco spirituale provocato dai nemici della persona afflitta; tale attacco è inflitto attraverso l'avvelenamento della vittima con cibo ‘stregato’ nel sonno. La maggior parte delle vittime non ricorda il sogno quando si sveglia. Si dica, inoltre, che una credenza africana condivisa considera pericoloso sognare di stare mangiando, giacché viene ritenuto indicativo di qualcosa di terribile che si approssima. Per tale ragione il trattamento tradizionale dell'*ogun oru* consiste nel fare offerte sacrificali al fine di riappacificarsi con gli spiriti in collera, cfr. ivi, p. 45. Si veda inoltre P.O. Ebigo, *A psychoanalytic approach of the dream contents of some Nigerians*, in «Nigerian Journal of Clinical Psychology», 1 (1980) 1, pp. 64-75; Id., *The mind, the body and society: An African perspective*, in «African International Journal for the Advancement of Health», 3 (1987) 4, pp. 45-57.

¹¹⁵ «*Ogun oru* è caratterizzato dal suo presentarsi, prevalentemente nelle donne, come una faida tra il coniuge della vittima terrena e un coniuge “spirituale”; l'evento della stregoneria si riconosce attraverso il mangiare durante il sonno (...). Secondo alcuni sacerdoti l'*ogun oru* può essere il risultato della punizione dello “spirito del marito” per ogni donna sposata; tale spirito del marito probabilmente sospetta della fedeltà al vero marito terreno, il che mette in pericolo il rapporto tra la donna malata e lo spirito del marito. In ogni caso i guaritori e i sacerdoti tradizionali descrivono l'*ogun oru* come una malattia causata interamente dalla stregoneria attraverso l'ingestione di cibi tossici nel sogno» O.F. Aina- O.O. Famuyiwa, *Ogun Oru: A Traditional Explanation for Nocturnal Neuropsychiatric Disturbances among the Yoruba of Southwest Nigeria*, cit., pp. 44-46 (trad. mia).

sudorazione e tachicardia)¹¹⁶, il sonnambulismo (che invece, come è noto, implica che il soggetto che ne è affetto pretenda di svolgere, durante il sonno e, dunque, in stato di incoscienza, le normali azioni che conduce da sveglia, come abbigliarsi, spogliarsi, parlare, camminare)¹¹⁷, la paralisi nel sonno (esperienza spaventosa di non riuscire a compiere volontariamente movimenti), l'epilessia notturna (che si manifesta con spasmi convulsi del dormiente)¹¹⁸.

Sonno e veglia, mondo visibile ed invisibile, universo dei vivi e dei non vivi si confermano in un rapporto senza soluzione di continuità che viene ad essere incarnato nella figura dei folli. Abitati da potenze sovrannaturali che possono essere in collera con loro e, dunque, intenzionate a ledere la loro stessa salute, oppure decise a servirsi di loro per arrecare nocimento a terzi o al gruppo tutto, i malati mentali assumono il ruolo di *medium* dell'occulto. Dal che, evidentemente, deriva l'atteggiamento di sospetto che si tende ad assumere nei loro riguardi: il loro essere in diretto contatto con forze invisibili li rende individui da temere e, ad un tempo, da rispettare, quando non da consultare per previsioni o profezie¹¹⁹.

¹¹⁶ Cfr. H. Roffwarg - M. Erman, *Evaluation and diagnosis of the sleep disorders: implications for psychiatry and other clinical specialties*, in R.E. Hales - A.J. Frances (eds.), «Annual review», 4 (1985), American Psychiatric Association, Washington DC, p. 294; D.M. Semple, *Disorders of sleep and wakefulness*, in E.C. Johnston - D.G. Cunningham-Owens - S.M. Lawrie - M. Sharpe - C.P.L. Freeman (eds.), *Companion to psychiatric studies*, Churchill Livingstone, Edinburgh, 2004, pp. 772-791.

¹¹⁷ H.I. Kaplan- B.J. Sadock- J.A. Crebb, *Normal sleep and sleep disorders*, in Id., *Synopsis of psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1994, pp. 699-716.

¹¹⁸ Cfr. A. Karlovassitou - E. Dimitrakoudi- P. Armentsoudis- T. Boufidis Karapanayotidis- P. Hamlatzis - S. Baloyannis, *Sleep epilepsy in adults*. Paper presented at the 12th meeting of the European Neurological Society, March 2004: <http://www.akm.ch/abstract>.

¹¹⁹ Non è possibile in questa sede approfondire il concetto di possessione e di psicosi legata allo sciamanismo giacché l'obiettivo da non perdere di vista è di tenerci entro l'ambito della cura e delle sue tradizioni, tuttavia, attesa la rilevanza degli studi relativi alla possessione e l'attinenza al tema della follia interpretata secondo la cultura africana si vedano: A. Bellagamba, *L'Africa e la stregoneria. Saggio di antropologia storica*, Laterza, Roma-Bari, 2008; R. Beneduce, *Corpi e saperi indocili. Guarigione stregoneria e potere in Camerun*, Bollati Boringhieri, Torino, 2011; Id., *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2002; Aa. Vv., *Medicina, magia, religione, valori*, a cura di V. Lanternari- M.L. Ciminelli, II voll. (vol. II. *Dall'antropologia all'etnopsichiatria*), Liguori, Napoli, 1998; I.M. Lewis, *Possessione, stregoneria, sciamanismo*, cit.; C. Lumstein, *Guarire oltre la coscienza. Il trattamento sciamanico delle malattie mentali*, tr. L. Menegoni, in «Anthropos & Iatria», VII (sett. 2003) III, pp. 72-83; T. Nathan, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986; tr. it. *La follia degli altri. Saggio di etnopsichiatria*, a cura di M. Pandolfi, Ponte alle Grazie, Firenze, 1990; Id., *L'étranger ou le pari de l'autre*, Editions Autrement, Paris, 2014; Id., *Fier de n'avoir ni pays ni amis, qu'elle sottise c'était...* *Principes d'ethnopsychanalyse*, La pensée sauvage, Grenoble, 1993; tr. it., *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006; T. Nathan- I. Stengers, *Médecins et sorciers*, Odile Jacob, Paris, 1995; tr. it. *Medici e gli stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996. Si tengano presenti in proposito gli studi di Ernesto De Martino: E. De Martino, *Naturalismo e storicismo nell'etnologia*, Laterza, Bari, 1941; Id., *Lineamenti di etnometapsichica*, in «Problemi di metapsichica», a cura della Società Italiana di Metapsichica, Roma, 1942, pp. 113-139; Id., *Percezione extrasensoriale e magismo etnologico*, prima parte, in «Studi e Materiali di Storia delle Religioni», XVIII (1942), pp. 1-19; Id., *Recensione a S.M. Shirokogoroff, The Psychomental Complex of the Tungus*, Kegan Paul, Trench, London, Trubner&Co., 1935, in «Studi e Materiali di Storia delle Religioni», XVIII (1942), pp. 108-111; Id., *Di alcune condizioni delle sedute metapsichiche alla luce del magismo*, in «Rivista di antropologia», XXXIV (1942-1943), pp. 470-490; Id., *Percezione extrasensoriale e magismo etnologico*, seconda parte, in «Studi e Materiali di Storia delle

Ciononostante è innegabile che, in maniera pressoché unanime dal Primo come dal Terzo mondo, la più comune condotta assunta nei confronti dei malati mentali – epiteto generico nel quale si intende ricomprendere disordini comportamentali e psichici di vario tipo e gravità – è stata ed è a tutt’oggi quella della stigmatizzazione individuale, culturale ed anche istituzionale che purtroppo senza tempo li ha resi una categoria di *esclusi*, di marginali ed emarginati dai contesti condivisi. Tuttavia, almeno in linea teorica, parrebbe che siano stati compiuti significativi passi avanti in tal senso, ravvisabili dai pronunciamenti di Carte e Documenti internazionali e nazionali, oltre che dall’affermarsi di un nuovo orientamento etico relativo alla considerazione e al trattamento della disabilità e alla malattia mentale, dal che è parso imperativo tornare a riflettere sulle dinamiche inerenti l’insanità mentale in territorio beninese che si accompagnano in non pochi casi a pratiche inumane, configgenti con il rispetto dei diritti umani fondamentali.

A tale proposito ancora una volta torna opportuno chiarire preventivamente che le tradizioni descritte, quand’anche violente e barbare, non verranno semplicisticamente contestate, bensì ricostruite a partire da una minuta e non semplice ricerca teoretica, storica ed etica del contesto culturale di riferimento. Ancora una volta si ribadisca, poi, che le pratiche tradizionali riportate non sono universalizzabili, dunque né attribuibili al contesto africano subsahariano *tout court*, né genericamente al popolo o alle tribù beninesi, ma vanno intese come modi consuetudinari di gestire il disagio psichico condivisi da un certo numero di famiglie, gruppi ed etnie, tra l’altro non sempre in maniera del tutto indistinguibile né afferente alla medesima interpretazione della psicosi, ma che sono approssimabili giacché palesano aspetti comuni. È chiaro infatti che, pur non volendo lasciar spazio a generalizzazioni confuse e non comprovabili, al fine di portare avanti un’analisi di un contesto così diversificato come quello delle tradizioni tribali beninesi, è necessario, ai fini della ricerca, avvicinare gli aspetti culturali analoghi, il che è possibile quando sono comuni almeno i valori e le ideologie culturali di riferimento.

La malàdie, termine oscuro, aspecifico, è utilizzato per indicare una tra le peggiori forme del male che porta coloro che ne vengono colpiti a perdere se stessi fino a non più ritrovarsi: non si riconoscono e non vengono più riconosciuti. Per la cultura beninese la malattia mentale *arrive*, come una condanna necessaria ed ineludibile per cause culturali che

Religioni», XXIX-XX (1943-1946), pp. 31-84; Id., *Magismo, sciamanismo e fenomenologia paranormale*, in «Metapsichica», I (maggio/giugno 1946) 3, pp. 164-174; Id., *Chiaroveggenza e telepatia tra maghi e sciamani*, in «Scienze del mistero», I (30 maggio 1946) 10, pp. 75-76; Id., *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino, 1948 (poi Bollati Boringhieri, Torino, 2007); Id., *Prefazione* a L. Lévy-Bruhl, *L’anima primitiva*, Einaudi, Torino, 1948, pp. 13-17.

rientrano nell'alveo dell'etnopsichiatria¹²⁰, storico-sociali¹²¹ – si pensi a Fanon e al suo intenderla come retaggio del colonialismo¹²² –, per alcuni anche a causa della medicina moderna¹²³, ma invero vi sono anche coloro che la riferiscono a motivazioni organiche, come patologie che potrebbero essere sinanche prevenute¹²⁴ se se ne avessero i mezzi tecnici, ma questa è altra questione. Tuttavia va chiarito che nel lemma “pazzia” si ricomprende una serie vasta e varia di significati: c'è anche chi si finge pazzo per essere accolto nei centri di

¹²⁰ Impossibile è, in questa sede, rendere conto adeguatamente di un tema così vasto come quello dell'*etnopsichiatria*. Si vedano per il momento in aggiunta ai testi indicati nella nota precedente: R. Beneduce, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma, 2007; Id., *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Le Bussole, Carocci, Roma, 2008; P. Coppo, *Tra psiche e culture: elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003; S. Mellina, *Medici e sciamani fratelli separati. Arte del curare tra cielo e terra: etnomedicina, etnopsichiatria, antropologia della salute*, Lombardo Editore, Roma, 1997.

¹²¹ V. Petrarca, grande studioso di Grégoire Ahongbonon (di cui parleremo oltre) e della malattia mentale in particolare in Costa d'Avorio dice dei malati che ha intervistato: «le loro storie rientrano più nelle competenze dell'antropologia culturale che in quelle della psichiatria tradizionale. Per capire, per articolare un qualche discorso di senso bisogna infatti partire dalla lotta che si svolge nella mente di queste persone, più violenta quanto più giovane è il degente. I giovani, infatti fanno più fatica dei vecchi, perché dentro se stessi devono far convivere una pluralità di mondi possibili: il villaggio e la città, la soggezione agli anziani del gruppo familiare e il desiderio inconfessabile di autonomia, le religioni tradizionali e quelle missionarie, le culture della vergogna e le culture della colpa, l'obbligo morale di distribuire in “famiglia” la poca o molta fortuna e il desiderio di indipendenza e riuscita individuale, agognata e insieme temuta» V. Petrarca, *Grégoire. Il medico dei pazzi*, in «Jesus», XXVIII (Aprile 2006) 4, pp. 56-60, ivi, p. 60, reperibile online al seguente indirizzo: <http://www.dumaonlus.it/wp/gregoire/>. Cfr. dello stesso autore Id., *I pazzi di Grégoire*, Sellerio, Palermo, 2010².

¹²² Come spiega Sartre nella prefazione al testo di Fanon gli indigeni «cercarono di spiegarci che i valori nostri aderivano male alla verità della loro vita, che essi non potevano né affatto respingerli né assimilarli. All'incirca, questo voleva dire: voi fate di noi dei mostri, il vostro umanesimo ci pretende universali e le vostre pratiche razziste ci particolarizzano (...). La violenza coloniale non si propone soltanto lo scopo di tenere a rispetto quegli uomini asserviti, cerca di disumanizzarli. Niente sarà risparmiato per liquidare le loro tradizioni, per sostituire le nostre lingue alle loro, per distruggere la loro cultura senza dar loro la nostra; li si abbrutirà di fatica (...). Nel tempo della loro impotenza, la pazzia omicida è l'inconscio collettivo dei colonizzati. Questa furia rattenuta, non potendo scoppiare, gira a tondo e sconvolge gli oppressi stessi (...). Occorre affrontare intanto questo spettacolo inaspettato: lo “streap-tease” del nostro umanesimo. Eccoli qui tutto nudo, non bello: non era che un'ideologia bugiarda, la squisita giustificazione del saccheggio; le sue tenerezze e il suo preziosismo garantivano le nostre aggressioni (...). Ognuno ha tutti i diritti. Su tutti; e la nostra specie, quando un giorno si sarà fatta, non si definirà come la somma degli abitanti del globo ma come l'unità infinita delle loro reciprocità» J.P. Sartre, *Prefazione a F. Fanon, Les damnés de la terre*, François Maspéro éditeur, Paris, 1961; tr. it. *I dannati della terra*, a cura di C. Cignetti, Einaudi, Torino, 1967², pp. VII-XXVI- ivi, pp. VIII-XXIII.

¹²³ Cfr. F.P. Omonzejele, *Mental health care in African traditional medicine and society: A philosophical appraisal*, in «Eubios Journal of Asian and International Bioethics», 14 (2004), pp. 165-169, in cui si rimanda a F. Ozekhome, *The Theory and Practice of Traditional Medicine in Nigeria*, Okey Okwechime & Co Ltd, Lagos, 1990; per la versione online cfr: <http://www.eubios.info/EJ145/ej145d.htm>. Nel testo si legge che alcuni medici tradizionali africani sostengono che tra le cause della nevrosi possa essere annoverata la medicina occidentale, in forza della sua incapacità di interagire al meglio con il contesto ambientale, sociale e fisico nel quale viene applicata forzatamente.

¹²⁴ «A scanso di equivoci val la pena di chiarire, tuttavia, la differenza che esiste tra il concetto di prevenzione psichiatrica in un Paese in via di sviluppo e in un Paese industrializzato. Quando in Italia parliamo di prevenzione ci riferiamo infatti a un concetto ampio, non sempre facilmente delimitabile, fatto di interventi promozionali volti ad evitare rischi di morbidità o di disagio psichico ed esistenziale. Nel caso della situazione africana prevenzione significa invece profilassi e diagnosi precoce. Si tratta in questo caso di intervenire sulle malattie della gravidanza, su quelle neonatali, sulla malnutrizione, sulle malattie infettive, parassitologiche e batteriche, per impedire – ad esempio – l'instaurarsi di lesioni cerebrali, handicap psicofisico, epilessie, processi morbosi tutti apportatori di malattie di mente» E. Venturini – S. Atti, *Per una politica di salute mentale: il ruolo svolto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in Africa*, in «Rivista trimestrale di studi e documentazione dell'Istituto Italiano per l'Africa e l'Oriente», a. 39 (settembre 1984) 3, pp. 375-390, ivi, p. 384.

recupero, ove mangiare e bere tutti i giorni, al sicuro dai movimenti belligeranti e dalle asperità di una natura inclemente; chi ha registrato lesioni permanenti provenienti dalla medicina più a buon mercato circolante in quelle zone, la droga¹²⁵; altri ancora chiamano pazzia quella che in effetti è una conseguenza della povertà e/o della guerra; infine quelli accusati di *sorcellerie* per le motivazioni più varie (anche, come detto, semplicemente perché epilettici).

In ossequio a concezioni condivise¹²⁶, infatti, le più comuni reazioni che generalmente provoca il malato mentale sono prevalentemente connotate dai sentimenti di:

- *vergogna* diffusa tra i familiari (e, talvolta, appartenente anche agli stessi soggetti malati¹²⁷) i quali tendono a nascondere coloro che manifestano caratteristiche fisiche o atteggiamenti inconsueti, lontani dal canone di normalità vigente. I genitori, in particolare, vengono pervasi da un senso di colpevolezza, di umiliazione e di inferiorità nei confronti del figlio, ma soprattutto del gruppo che viene ad essere leso nella sua integrità da quella vita imperfetta;
- *paura* per la sua vita minacciata e per la minaccia che la sua vita costituisce. La paura è, infatti, un sentimento che ha motivazioni assai diversificate ed involve soggetti diversi. Il primo tipo di paura, evidentemente, riguarda i più prossimi al malato che hanno paura *per lui*, per la sua vita, esposta ad attentati da parte di terzi (membri del gruppo o estranei) che possono decidere di liberarsi di quel fattore vulnerante che può essere causa di pericolo e sventura per il gruppo. Dal che si intende che è diffusa anche una paura *di lui*, del malato stesso e, in particolare, delle forze sovranaturali che lo abitano. È convinzione condivisa, infatti, che la presenza di tali forze conferisca al malato poteri stra-ordinari, tendenzialmente

¹²⁵ Scrive Petrarca riferendosi al territorio ivoriano: «una dose di foglie di “gban” (canapa indiana) costa 100 franchi CFA (15 centesimi di euro), ma sono in pochi a servirsene. Le droghe più vendute sono quelle sintetiche (equivalenti o sottoprodotti di sostanze che chiamiamo tutte extasis), vengono da fuori e sono praticamente regalate: lo “zerocinque” e il “quatorze” stanno da 50 a 100 franchi CFA a compressa; la pasticca più economica (...) si chiama “bleu-bleu”, si trova anche a meno di 50 franchi (6-7 centesimi di euro), quanto costano due sigarette di tabacco estero, la metà di una compressa di aspirina» V. Petrarca, *I pazzi di Grégoire*, cit., p. 109.

¹²⁶ Immigration and Refugee Board of Canada, *Bénin: information sur le traitement réservé aux personnes atteintes d'une maladie mentale, y compris la schizophrénie, par les autorités et la société (2009- mai 2013)*, 10 giugno 2013, disponibile al sito: <http://refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?docid=52cd05234> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹²⁷ Evidentemente per ciò che concerne la disabilità infantile, nei primi anni di vita, il bambino è ignaro dell'ideale di normalità al quale non corrisponde, pertanto, in casi favorevoli, una rete di *caregivers* svolge funzioni protettive rispetto al confronto con i soggetti normali. Crescendo però, la sua disabilità influisce sulla costruzione della propria identità. I sentimenti provati dai genitori sono spesso quelli di colpevolezza, vergogna, umiliazione e senso d'inferiorità. Quando invece una persona viene colpita da disabilità in età giovane, adolescenziale o adulta, l'impatto viene vissuto in prima persona e rappresenta un lutto ed un trauma. Un lutto per la normalità perduta e un trauma invalidante che separa un prima da un dopo, quando nulla sarà più riconducibile al prima.

malefici che si manifestano: in episodi di sventura, malattia o morte provocata a terzi; nel *contagio* della malattia di cui quegli è portatore che, trasferendosi da un membro all'altro, può condurre alla completa distruzione del tutto; in comportamenti aggressivi e violenti del malato che addivene capace di ferire persone o distruggere abitazioni e beni comuni¹²⁸. Si inferisce, allora, che accanto alla motivazione *culturale* soggiacente il sentimento di paura vi è anche un fondamento *razionale* dettato dal timore dell'imprevedibilità ed impetuosità delle azioni del malato¹²⁹.

Tali sentimenti sono all'origine di diversi ordini di conseguenze per la vita del malato mentale, diffuse tendenzialmente in proporzione all'aggressività ingenerata dagli stati mentali alterati.

Anzitutto si procede con l'*allontanamento* del malato dal gruppo: prima forma di esclusione fisica e, come già spiegato nel capitolo precedente, di rinnegamento identitario. Accade, infatti, di incontrare nella *brousse* beninese, come nei centri delle grandi città, "matti" che vagano senza mèta e senza identità, spesso nudi, alla disperata ricerca di cibo per strada, tra il pattume e i rifiuti. Invero va detto che non sempre sono le comunità a mettere fuori dal gruppo i malati mentali, ma sovente essi stessi decidono di lasciare il nucleo e le sue convenzioni che vengono rifiutate per delle ragioni anche contingenti, legate alle loro psicosi. Tuttavia, anche se sembrano soli ed isolati, sono sempre tenuti sotto controllo e accortamente monitorati dai membri dei gruppi in prossimità dei quali essi si aggirano: se manifesteranno atteggiamenti violenti o pericolosi si ricorrerà a soluzioni più drastiche per tenerli lontani.

La seconda possibilità di gestione di un malato mentale, già anticipata poc'anzi, è la sua *segregazione*: i malati spesso vengono occultati alla vista, lasciati vivere, spesso per tutta la durata della loro esistenza, in piccoli antri chiusi, spesso al buio.

Vi è poi una pratica ancor più dubbia, ma assai frequente per i malati mentali più violenti: la *contenzione*, ovvero la limitazione dei movimenti attraverso l'utilizzo di mezzi o strumenti preposti a detto scopo, come ad esempio catene che vengono spesso legate a blocchi

¹²⁸ Lo stereotipo della pericolosità non è certo nuovo alla percezione della disabilità cfr. su ciò l'esemplare analisi di G. Canguilhem in Id., *La connaissance de la vie*, Vrin, Paris, 1965; tr. it. *La conoscenza della vita*, il Mulino, Bologna, 1976, pp. 239-250.

¹²⁹ Cfr. Intervista al prof. *M. Zinzindohoue Sosténe Codjo*: «I – Pressoché tutte le tribù legano i malati mentali, ma perché i malati spesso sono violenti e diventano pericolosi: conosco la storia di un malato che ha preso sua nonna e l'ha gettata in un pozzo; di una donna malata che ha ucciso il suo bambino facendogli battere la testa contro un albero. Per queste ragioni quando *il male arriva* li si incatena. C – Ma si tratta di una prassi legata alla religione vodun o alla tradizione? I – Ha a che fare con il vodun. La malattia mentale è legata ad una causa malefica, per questo è importante la preghiera affinché il malato si liberi (...) C – E se il malato riesce a guarire, quando ritorna in comunità viene riaccolto come nulla fosse accaduto o viene sempre guardato con sospetto e lasciato ai margini? I – Quando un malato ritorna la tribù è molto diffidente; in molti ambienti sono stigmatizzati, additati e tenuti lontani dal cuore della vita comunitaria». Cfr. *infra*, pp. 426-427.

di cemento o ad alberi, o artifici più rudimentali contemplanti l'intrappolamento di uno o due degli arti superiori o inferiori all'interno di fori praticati in enormi tronchi o all'interno di fessure realizzate con chiodi infissi nel legno.

Gli ultimi due tipi di gestione della malattia mentale in molti casi vanno di pari passo: accade, infatti, che un malato particolarmente aggressivo venga immobilizzato e nascosto alla vista in anfratti naturali o baracche preposte al suo nascondimento. Evidentemente in questo modo è possibile non solo tenere sotto controllo il malato, ma anche il demone che lo abita.

In proposito, questione cara al dibattito bioetico, polo speculativo che percorre in maniera duttile tutta la riflessione proposta, è quella che si domanda del responsabile della decisione di cura o "trattamento" del malato mentale, il che chiama alla mente l'istituto occidentale dell'*amministrazione di sostegno* che, in un contesto dove l'identità è, come più volte accennato, collettiva, assume delle forme tutte proprie. Come già visto rispetto agli *enfants sorciers* all'interno di un contesto culturale predominato dal concetto di identità collettiva la *singularità* si fa presente sulla scena della sofferenza, della malattia: il folle è colui che trasgredisce l'ordine del normale, animato da impulsi non razionali, né spiegabili, viene immobilizzato al fine di dare l'apparenza di normalità o fisicamente "spostato"¹³⁰.

In taluni casi sono i capi tribù o i re a decidere la gestione del malato mentale, ma il più delle volte accade che i parenti si indirizzino ad un guaritore tradizionale, affinché liberi il proprio familiare dal male fisico e spirituale che lo abita. Il guaritore addivene così responsabile delle cure, decidendo, talvolta in maniera imperativa, delle sorti del malato e, attraverso di lui, di quelle del gruppo che è chiamato per questo ad attenersi ineludibilmente alle indicazioni prescritte.

Il guaritore solitamente prevede per il malato un trattamento specifico composto di medicinali originati da foglie e tisane con potere sedante, poi procede con preghiere e riti per allontanare il male, servendosi in alcuni casi di percosse o tagli sul corpo del malato, al fine di consentire al demone di abbandonare quell'organismo, di sortire attraverso le lacerazioni provocate¹³¹. È sempre il guaritore che decide se il malato debba essere legato oppure no e, di conseguenza, è ancora lui che stabilisce se e quando è opportuno liberare i malati¹³². Quest'ultima opzione è invero assai infrequente: la malattia mentale è considerata

¹³⁰ È interessante notare che nel linguaggio gergale partenopeo si usa dire che un matto è uno "spostato", in Bénin la metafora addivene reale: l'uscita del malato dal proprio autocentramento psichico si riflette nello spostamento fisico del malato mentale che rappresenta l'uscita dal proprio posto, dal proprio luogo identitario ed identificativo, la comunità di appartenenza.

¹³¹ A.J. Agara- A.B. Makanjuola- O. Morakinyo, *Management of perceived mental health problems by spiritual healers: a Nigerian study*, in «African Journal of Psychiatry», 11 (2008), pp. 113-118.

¹³² Si veda su ciò l'intervista a Beatrice, Direttrice del Centro di cura per la salute mentale della Saint Camille de Lellis ad Avrankou, *infra*, pp. 460-465.

evento cronico, curabile, ma non guaribile che giunge al termine solo con la fine della vita di chi ne è affetto.

Inoltre, alcuni guaritori o sacerdoti di sette religiose locali, particolarmente noti nel trattamento delle malattie mentali possono decidere di tenere presso di sé i malati più gravi: talvolta essi prendono in carico la gestione della malattia di più individui, dando luogo a centri di “cura” e di preghiera ove i pazienti, tutti rigorosamente legati – spesso agli alberi più vicini in un’unica zona nella foresta – sono sottoposti all’azione calmante delle tisane, percossi, lasciati a digiunare per giorni perché, secondo l’avviso di quei sacerdoti, questo è l’unico metodo possibile per neutralizzare la potenza maligna che ha preso possesso dei corpi delle vittime. Le percosse sono anche una forma di punizione della lesione della morale pubblica: la complicità tra medicina e morale è sempre molto sottile. Tuttavia non bisogna sottostimare che le cure dei guaritori hanno per le famiglie un costo, talvolta ingente e non sempre sostenibile il che spiega perché alcuni preferiscano tenere con sé i propri incatenati.

In ogni caso, quale che sia l’iter di immobilizzazione, è però evidente che la vita in catene dei malati mentali, esposti ad intemperie ed attacchi di animali attratti dal nauseabondo odore degli escrementi che nessuno pulisce, è una tortura terribile, al punto che sarebbe forse preferibile auspicarne la morte. Ma un malato mentale non pare degno neanche di morire: a differenza dell’infanticidio rituale che elimina il segno della collera di un dio o di un avo, nessuno si assumerebbe la responsabilità di uccidere il corpo in cui un demone ha scelto di vivere, esponendosi a delle ire imprevedibili, quando non al *contagio*, di quel male. Per questa ragione i malati, pur legati o segregati, vengono nutriti dai parenti con continuità, anche se non adeguatamente curati: nessuno, infatti, si preoccupa delle condizioni di salute di chi è stato svuotato di identità e divenuto un corpo morto, contenitore di un male che tutti possono solo temere; pertanto il più delle volte l’incuria, le piaghe e altre patologie accessorie accelerano il decorso della vita dei malati, laddove la loro liberazione verrà solo dalla morte.

L’evidente atrocità della descritta prassi tradizionale ed il suo manifesto contrapporsi a principi etici, valori e diritti di ogni tipo (civili, politici, umani) rende forse retorica l’asserzione relativa alla necessità di un suo ripensamento. Eppure a tutt’oggi, atteso il sostanziale scarso interesse internazionale e l’inadeguato impegno dello Stato beninese in relazione non solo alla messa a disposizione di pubbliche strategie di cura dei malati mentali, ma anche in tema di divieto di detta prassi e persecuzione dei rei, si fa urgente assumere la questione con serietà.

Purtuttavia, come più volte ribadito, anche in questo caso non si ritiene eticamente legittima, né tantomeno effettivamente realizzabile, la proposta di mettere semplicisticamente

al bando la prassi tradizionale della contenzione che, pur certo auspicabile ed anche in termini perentori, non si crede possa essere eradicata con mezzi impositivi tutti teorici. Del resto, che presa può avere un divieto prescritto dalle Carte sulle tribù della profonda foresta africana?

Inoltre, quand'anche pure una famiglia colpita dalla disabilità volesse rispettare il divieto di rivolgersi ai guaritori per la pratica contentiva dei malati mentali – divieto che, come detto, ha ancora da essere statuito – non si profila un'effettiva strategia alternativa per la gestione del malato. Difatti gli unici servizi pubblici di salute mentale beninesi, il Centro Nazionale Ospedaliero di Psichiatria “Jacquot”¹³³ e il Centro Nazionale Ospedaliero Universitario “Hubert Koutougou Maga”¹³⁴, entrambi collocati a Cotonou, come ogni prestazione offerta da ospedali pubblici, per l'internamento di un malato richiedono alle famiglie somme ingenti di denaro che, nella maggior parte dei casi, esse non sono in grado di corrispondere, come, allo stesso modo, assai costosi sono i farmaci sedativi di cui necessita il malato qualora si decidesse di tenerlo in famiglia. Sicché risulta evidente che vietare semplicisticamente la prassi dell'incatenamento, senza proporre soluzioni alternative non può che restare un principio impossibile da attendere per ragioni sia economiche che culturali. La vita del malato, come detto, è considerata pericolosa per il gruppo il quale, qualora fosse obbligato a tenerlo presso di sé in condizione di libertà, potrebbe sinanche giungere a gesti estremi, come quello di procurargli la morte, per salvaguardare la vita del tutto.

Pertanto, con l'obiettivo di tener fede all'assunzione iniziale di mettersi alla ricerca di una *mediazione* tra tradizioni e diritti che possa consentire il rispetto dell'identità culturale e, ad un tempo, non contraddica la garanzia dei diritti, si cercherà di intendere più da presso le possibilità residuali per il trattamento dei malati mentali delle tribù beninesi che incrocia credenze e culti che è impensabile disconoscere, ma le cui prassi non più è possibile accettare.

Come anticipato all'inizio della presente sezione, anche rispetto a questo tema procederemo tenendo conto dei tre quesiti posti all'inizio della sezione:

1. si proverà ad intendere la possibilità di applicazione dei principi sorti nel retroterra della storia occidentale alla cultura africana (in specie beninese), ovvero ci si domanderà se

¹³³ Il sito ufficiale del *Centre National Hospitalier de Psychiatrie Jacquot* è: <http://benincnhp.e-monsite.com/pages/> (ultima visualizzazione gennaio 2017). Il Centro prevede strategie di cura moderne e si occupa anche della destigmatizzazione della malattia mentale, attraverso delle giornate di sensibilizzazione, come la “Giornata Porte Aperte” del 11/1/2014, tuttavia è un fatto che i medicinali calmanti costino molto e, pertanto, sovente il personale è costretto a tenere i malati nelle proprie celle e, se agitati, di immobilizzarli attraverso l'utilizzo di catene. Cfr. E.K. Tall, *Le Centre de Neuropsychiatrie de Jacquot : Un itinéraire ou les difficultés de la mise en place des structures de la Psychiatrie Africaine*, in «Psychopathologie Africaine», 1 (1988) 28, pp. 5-20.

¹³⁴ Il sito ufficiale del *Centre National Hospitalier- Hubert Koutougou Maga* è: <http://www.cnhu-hkm.org/> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

tali principi siano universalizzabili o se si debba abdicare ad essi in un contesto che ha un'altra storia, non particolarmente in armonia con la prima;

2. si questionerà poi la plausibilità del gesto di vietare tradizioni violente e inumane ovvero ci si chiederà se tale imperativo sia da intendere come pregiudizio eurocentrico irrispettosamente negante l'altrui cultura;

3. infine si recupererà il noto dibattito relativo alla storicità della tradizione africana che, pur non potendo essere argomentato a lungo dal punto di vista teorico, verrà ridiscusso partendo dai risultati empirici della ricerca. Difatti, se si assume ad esempio che l'equiparazione tra malattia mentale e possessione diabolica è appartenuta al nostro passato, – si pensi alla caccia alle streghe medioevale –, ma che l'Occidente ha fundamentalmente abbandonato tale credenza, si avvalorerà l'idea naturalistica che le tradizioni africane, restando identiche a se stesse nonostante il divenire del tempo, restino al di fuori della storia. Per altro verso, mostrare, a partire dai fatti, come anche le tradizioni africane presentino dei cambiamenti, significa lasciarne intravedere una duttilità intrinseca, apre all'interpretazione storicista, speculari a quella precedente, di cui parleremo con più agio nella sezione successiva, in cui l'aspetto speculativo e il ragionamento teorico avranno maggiore spazio.

1. Il sistema ufficiale delle cure psichiatriche

In un contesto in cui il sistema sanitario presenta una serie non sottostimabile di lacune, è forse pleonastico rimarcare le asperità relative alle cure psichiatriche, afferenti al novero delle malattie non trasmissibili e, dunque, priorità meno stringente in un Paese in cui il problema del contagio, delle malattie endemiche e della mortalità della popolazione costituiscono un dilemma di così drammatica portata¹³⁵. Tuttavia, non tralasciando di demandare al capitolo successivo un riferimento alle patologie trasmissibili, va rilevato che il tasso di “malati mentali”, categoria generalissima ricomprendente le più varie e diversificate problematiche biopsicosociali, si presenta sì elevato nel presente contesto di riferimento da rendere non eludibile la questione all'interno di una trattazione che si volge precipuamente all'analisi della cura in territorio beninese. È vero del pari, però, che alla completezza quantitativa si aggiunge il proponimento di accuratezza qualitativa: un'analisi bioetica della malattia mentale in Bénin non è solo imprescindibile, attesa la sua grande diffusione, bensì

¹³⁵ Un'analisi dell'immotivata sottostima dei disordini mentali a fronte di patologie considerate “più rilevanti” si ritrova in E.M. Ngui - L. Khasakhala - D. Ndeti - L.W. Roberts, *Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective*, in «International Review of Psychiatry», 22 (2010) 3, pp. 35-244.

necessaria all'economia complessiva del discorso in quanto la patologia in oggetto intreccia in una trama fittissima la maggior parte delle questioni implicate nel problema della cura nei Paesi in via di sviluppo, coinvolgendo medicina, diritti, economia, religione e filosofia in maniera dirimente.

Non è questa la sede per dibattere di politica economica mondiale o questionare di allocazione di risorse, che pure è tema bioetico molto complesso, certamente prioritario ed ancora assurdamente non incamminato ad una soluzione, tuttavia la sfida della presente riflessione sarà proprio quella di vedere disgiunto il problema della salute dal mero computo delle evidenti drammaticità economiche. La manifesta e concreta povertà di un Paese come il Bénin non può, infatti, essere sempre addotta come facile giustificazione a fronte di uno scarso impegno giuridico ed amministrativo nazionale ed internazionale. Pertanto, operando la forzatura di mettere solo per un momento a margine il problema economico del Bénin e, dunque, le sue gravissime mancanze dal punto di vista del sistema sanitario – problema che verrà ripreso nell'ultima sezione del lavoro, sempre nelle possibilità e nei limiti di una trattazione che ha scopi e orizzonti di riferimento altri, si vedrà come verranno alla luce, uno alla volta, come relati ad un non interrotto *fil rouge*, tutti i temi portanti della presente indagine: l'esclusione, le credenze rispetto alle cure e, soprattutto, il rapporto tra tradizioni e diritti, visti operanti a partire da una realtà estremamente tragica come quella della malattia mentale.

Difatti, oltre all'insufficienza dei servizi di cura offerti ai malati mentali beninesi e all'inadeguatezza dei professionisti della salute mentale, esigui in numero e non sempre opportunamente formati, quel che colpisce è il completo disinteresse della politica alla questione¹³⁶. I malati mentali resi *invisibili* dalle pratiche di nascondimento e contenzione delle comunità tribali sono del tutto *inesistenti* per lo Stato, eppure sono dappertutto.

¹³⁶ In un documento dell'OMS si legge: «Governance: una politica di salute mentale approvata ufficialmente non esiste. Tuttavia, la salute mentale è specificamente menzionata nella politica generale di salute. Un piano di salute mentale non esiste. Non esiste una legislazione dedicata sulla salute mentale e le disposizioni di legge in materia di salute mentale non sono inferibili da altre leggi (ad esempio welfare, disabilità, legislazione sanitaria generale, ecc.). Finanziamento: non sono stanziati spese per la salute mentale e per ospedali psichiatrici dal dipartimento/ministero della salute governa mentale. Distribuzione di cure: assistenza sanitaria di base: i regolamenti autorizzano i medici di base a prescrivere e/o continuare a prescrivere farmaci psicoterapeutici. Allo stesso modo, il Dipartimento della Salute autorizza gli infermieri a prescrivere e/o di continuare a prescrivere medicinali psicoterapeutici, ma con restrizioni. Tuttavia, la politica ufficiale non consente agli infermieri di diagnosticare indipendentemente e trattare i disordini mentali all'interno del sistema di cure primarie. La maggior parte dei medici di base e degli infermieri non hanno ricevuto una formazione ufficiale in servizio sulla salute mentale negli ultimi cinque anni. Manuali ufficialmente approvati sulla gestione e il trattamento dei disturbi mentali non sono disponibili nella maggior parte delle cliniche sanitarie. Non esistono procedure di riferimento ufficiali il personale preposto alle cure primarie/secondarie/terziarie». OMS, *Mental Health Atlas*, 2011: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/ben_mh_profile.pdf?ua=1 (ultima visualizzazione gennaio 2017, trad. mia). Cfr. anche OMS, *Mental Health*: http://www.who.int/mental_health/en/ (ultima visualizzazione gennaio 2017).

Non vi sono, infatti, leggi relative alla salute mentale, né essa può essere sostenuta a partire da altre leggi; l'unica iniziativa governativa sul tema, risalente al 7 novembre 2006, il Programma Nazionale di Salute Mentale del Ministero della salute del Bénin¹³⁷, è rimasta nella forma di bozza legislativa, non ancora approvata.

Si stima, inoltre, che i finanziamenti in materia di salute mentale da parte del governo siano meno dell'1% del bilancio sanitario: circa settanta milioni CFA per anno, ovvero lo 0,25 della spesa sanitaria totale (di cui il 29% è diretto agli ospedali psichiatrici), percentuale invero scarsa rispetto a quella del 6-12% dei Paesi occidentali, nonché del tutto insufficiente in rapporto al numero dei malati mentali¹³⁸.

La popolazione, infatti, non ha accesso libero ai farmaci psicotropi essenziali, anzi, il loro costo è assai ingente dal momento che la percentuale del salario minimo giornaliero necessario per l'acquisto di antipsicotici generici (clorpromazina o aloperidolo) o farmaci antidepressivi (amitriptilina) per un giorno è del 10%.

In definitiva parrebbe che la salute mentale non sia una priorità dello Stato beninese, come, purtroppo, di molti altri stati africani¹³⁹, eppure numerosissimi sono i folli dagli occhi vuoti, gli stracci lerci e le fauci affamate che girano senza mèta e senza sosta per la foreste e per le strade delle città. È molto difficile, infatti, che nei pressi di un mucchio di rifiuti, vagante nei mercati o sul ciglio delle strade non si aggiri un uomo *perdu*, che ha smarrito se stesso e quindi il suo gruppo, la sua casa, il suo essere.

Tale stato di abbandono nel quale versano i malati mentali beninesi rende complesso stimarne il numero, anche a causa della profonda confusione che a tutt'oggi usa farsi tra pazzi, dementi, criminali e persone con problemi di dipendenza da alcool o sostanze varie: non c'è traccia in Bénin di quelli che noi chiamiamo Opg (ospedali psichiatrici giudiziari), né di

¹³⁷ Cfr. Ministère de la Santé République du Bénin : <http://www.sante.gouv.bj/spip.php> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹³⁸ WHO-AIMS, *Report on Mental Health System in the Republic of Bénin*, cit., pp. 8-12: http://www.who.int/mental_health/WHO-AIMS_benin_English.pdf.

¹³⁹ «In Africa, come altrove, la malattia mentale è associata a violazioni dei diritti umani. Incatenamento, percosse, trattamenti forzati, detenzione e abusi sessuali sono ben documentati, anche in contesti in cui le persone dovrebbero ricevere assistenza. Scarsi sono i servizi per persone con severe malattie mentali, come la schizofrenia, nei Paesi in via di sviluppo, anche se tali servizi rappresentano una componente essenziale dell'offerta sanitaria. In Nigeria l'85% di persone che hanno bisogno di un trattamento non lo ricevono (...). Tale inefficiente uso delle risorse è tipico in Africa dove in media meno dell'1% del budget sanitario nazionale è allocato per la salute mentale e 31 Paesi non hanno alcun budget per la salute mentale (...) Il pagamento per i servizi è al di fuori delle possibilità e l'ospedalizzazione è proibitiva. Per esempio, in Costa d'Avorio, un day hospital costa 16,2 dollari, mentre il reddito medio giornaliero è di 3,2 dollari. Generalmente è inoltre richiesto un ingente deposito iniziale e un membro della famiglia solitamente è tenuto ad accompagnare il malato per il lungo viaggio verso l'ospedale (...). Ciò ostacola il follow up ed è stato rilevato come risultato una regolare ricaduta» J. Eaton - B. Des Roches - K. Nwaubani - L. Winters, *Mental Health Care for Vulnerable People With Complex Needs in Low-Income Countries: Two Services in West Africa*, in «Psychiatric Services», 66 (October 2015) 11, pp. 1015-1017, ivi, p. 1015 (trad. mia, per la versione online cfr: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201500066>, ultima visualizzazione gennaio 2017).

istituti per persone con problemi di disintossicazione, tantomeno centri di ricovero pubblici in cui il malato di mente può risiedere per tutta la durata della sua vita, anche se molte sono le strutture religiose che, pur non vantando ufficiali prestazioni sanitarie, accolgono malati di ogni tipo, poveri e bisognosi.

Quanto ai luoghi preposti alla cura della salute mentale in Bénin, 12 sono le unità di ospedalizzazione, di cui 2 nel settore pubblico e 10 confessionali e/o private, così ripartite¹⁴⁰:

- 4 unità di degenza psichiatrica su base comunitaria che offrono un servizio di consultazione e di ricovero per un totale di 0,44 letti per 100.000 abitanti. Si tratta del Centro di salute Dipartimentale (CHD) di Ouémé (Porto-Novo), del Centro di Salute Dipartimentale (CHD) di Zou, del Centro di salute Dipartimentale (CHD) di Borgou (Parakou) e del Centro di Salute di solidarietà Vidolé di Abomey. Disturbi nevrotici (30%), seguiti da schizofrenia (15%), sono le diagnosi prevalenti che vengono rilasciate da tali unità psichiatriche in cui i pazienti in media trascorrono al massimo 10 giorni.

- 1 Ospedale psichiatrico pubblico, il Jacquot di Cotonou, in cui dai dati forniti è possibile rilevare che il 50% dei pazienti sono donne e l'8% bambini al di sotto dei 15 anni, ma non è possibile stimare quanto si trattengono all'interno dell'ospedale. È, inoltre, possibile individuare tre gruppi diagnostici di malati: un 50% è affetto da depressione, il 25% sono psicotici e il restante 25% riguarda pazienti affetti da disturbi di natura nervosa, che vengono curati con il ricorso a medicinali psicotropi, rispondenti a ciascun bisogno terapeutico (antipsicotici, antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, ansiolitici, e farmaci anti-epilettici) disponibili nella struttura e, talvolta, ricorrendo alla *contenzione*¹⁴¹.

- 3 Ospedali psichiatrici privati ad Avrankou, Bohicon e Djougou. In questi Ospedali, sorti dalla geniale intuizione del fondatore dell'Associazione *St. Camille de Lellis*, si stima che il 52% dei pazienti siano donne e il 7% bambini e adolescenti. Per quanto riguarda le diagnosi il 43% dei pazienti presenta disturbi schizotipici o schizofrenia, il 28% disturbi dell'umore e il 19% disturbi organici, come l'epilessia e la demenza. Ci intratterremo più oltre sulle strategie di cura proposte da questi Ospedali, tuttavia si

¹⁴⁰ WHO-AIMS, *Report on Mental Health System in the Republic of Bénin*, cit., pp. 13-14.

¹⁴¹ Cfr. intervista a Remy, lavorante dell'Ospedale di Zinvié: «I – Al Jacquot vengono legati i malati con catene (la domanda non è compresa). C – Nel centro Jacquot i malati sono legati? E i parenti lo accettano? I – Sì, certo, è obbligatorio. C – Ma anche nei villaggi? I – Sì certo anche nei villaggi, i guaritori tradizionali legano i malati mentali. C – Ma li legano perché sono pericolosi o per altre ragioni? I – Se li si lascia liberi subito, anche se sono guariti, non riescono a “ritrovarsi” del tutto, la malattia tornerà. Devono continuare per lungo tempo i trattamenti altrimenti non riescono a guarire. Nel Centro li legano così che non scappino e possano continuare i trattamenti. C – La legge, il Ministero della Salute consente che i malati mentali siano legati? I – Sì, sì». *Infra*, pp. 415-416.

dica sin d'ora che non è praticato alcun tipo di contenzione meccanica e che i pazienti usano trattenersi per un periodo di norma superiore ai due mesi.

- 4 altri riferimenti per la consultazione e, talvolta, il ricovero: il Dipartimento di Salute Mentale presso la Facoltà di Scienze della Salute dell'Università di Abomey-Calavi; il Servizio Salute Mentale dell'Università Centro National Hospital (CNHU) di Cotonou; il Servizio Medico-Psicopedagogico (SMPP) di Cotonou, che è un servizio per i bambini e adolescenti; il servizio di consultazione privata e ricovero psichiatrico dell'Ospedale di Cotonou (il Padiglione Yéhouénou Cyprien).

Come si inferisce tali strutture sono assolutamente insufficienti rispetto alle esigenze (si pensi che su una popolazione di 100.000 persone affette da disordini i casi di malati trattati sono 13,9¹⁴²), come inadeguate sono le risorse umane¹⁴³ destinate al settore della salute mentale: oltre allo scarso numero di medici psichiatrici, mancante è anche il personale qualificato ed esperto sulle patologie in questione. Non vi è, infatti, alcun corso di aggiornamento sulla salute mentale per medici di base, infermieri o operatori sanitari, nonostante essi siano abilitati alla prescrizione di psicofarmaci. Per tale ragione alla maggior parte dei malati non viene offerta una diagnosi specifica della patologia, il che rende non disponibile un'effettiva classificazione per categoria diagnostica. Inoltre, nonostante la maggior parte dei farmaci psicotropi essenziali (clorpromazina, aloperidolo, diazepam, carbamazepina, fenobarbital e amitriptilina) siano disponibili negli ospedali psichiatrici e nelle unità psichiatriche di degenza, i quantitativi non sono quasi mai sufficienti, pertanto sovente il personale sanitario si vede costretto a ricorrere alla *contenzione* per i pazienti più violenti: si stima, infatti, che oltre il 20% dei pazienti sia stato sottoposto alla contenzione o all'isolamento nel 2010 nelle unità psichiatriche beninesi¹⁴⁴.

Il che chiama in causa, inevitabilmente, la questione del rispetto dei diritti umani in Bénin. Qui, infatti, non ci sono strutture che sovrintendano al controllo dei servizi di assistenza sanitaria mentale, né che comminino sanzioni ai rei di pratiche inumane, sicché il rischio della violazione dei diritti è elevatissimo. Si dica, inoltre, che la rappresentazione

¹⁴² Cfr. OMS, *Mental Health Atlas*, 2014: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/ben.pdf?ua=1 (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁴³ Su una popolazione di 100,000 persone il totale di risorse umane per la salute mentale è lo 0,4. Le stime per il personale sanitario sono: 0,11 di psichiatri, lo 0,07 di altri medici, lo 0,29 di infermieri, 0,04 di psicologi, 0,03 di assistenti sociali, mentre lo 0,71 è costituito da altro personale che si occupa della salute mentale. Su una popolazione di 100,000 persone i letti negli ospedali psichiatrici sono lo 0,9, mentre i ricoveri annuali 11,3; i posti letto nelle unità psichiatriche degli ospedali policlinici sono 0,4, con un totale di ammissioni annuali dei 12,3, mentre i letti nelle strutture di assistenza residenziale sono 2,8 a dispetto delle ammissioni annuali stimate al 53,8. Il che conferma che sempre, anche a dispetto dell'assenza di posti letto, vengono aiutati quanti più malati possibile. Ibidem.

¹⁴⁴ WHO-AIMS, *Report on Mental Health System in the Republic of Bénin*, cit., p. 14.

culturale dominante dell'insanità mentale, insieme con la familiarità con la diffusissima pratica tradizionale dell'incatenamento, non aiutano certo la coscienza individuale e collettiva a vedere con sospetto una pratica che per la maggior parte delle persone è avvertita come usuale e non particolarmente scandalosa.

Purtuttavia, nonostante si rileva con sempre maggiore urgenza la necessità di una sensibilizzazione sul tema dei diritti umani e, in particolare, dei diritti dei pazienti psichiatrici, si consideri anche che in Bénin non si prevedono forme di ricovero coatto del malato, né legali né consuetudinarie, che procedano all'internamento senza il consenso del soggetto interessato. Si registra infatti che il numero di ricoveri *involontari* negli ospedali psichiatrici è solo del 30%¹⁴⁵ il che, invero, non traluce soltanto una diffusa consapevolezza dei malati della necessità di sottoporsi a cure adeguate, bensì riflette la nozione sopraddeita dell'identità collettiva e del paternalismo della comunità rispetto alle scelte sanitarie¹⁴⁶: sono le famiglie, infatti, ad accordare il consenso all'ospedalizzazione – che ha il duplice vantaggio di nascondere i malati alla vista del mondo e di occuparsi della loro salute – il che è tendenzialmente accettato anche dai malati stessi i quali condividono la credenza culturale di essere abitati da presenze negative e, pertanto, accettano la condanna che è capitata loro in sorte e la scelta del gruppo di procedere a quel determinato tipo di cura che per loro ha il non sottostimabile vantaggio di essere un'alternativa migliore all'esilio e alla fame.

Ma lo Stato beninese sembra non vedere e voler solo occultare quest'onta che pur lo connota. Riproponendo in maniera più ampia quello che accade nelle microscopie delle comunità familiari, anche lo Stato sembra aver messo in campo una dinamica escludente i

¹⁴⁵ OMS, *Mental Health Atlas*, 2014, cit.

¹⁴⁶ «Secondo l'impostazione tradizionale africana, tutt'ora in uso, quando c'è un malato mentale nella comunità, è trattato con o senza il suo consenso (...). Gli argomenti addotti solitamente dalle comunità o dagli psichiatri tradizionali rispetto al trattamento involontario ed obbligatorio dei pazienti malati mentali (siano essi pericolosi o innocui) sono fondati sulla responsabilità della comunità di: prendersi cura dei suoi membri, siano essi malati o in salute, obblighi culturali e responsabilità basate sul sistema di reciproco benessere comune, e superiorità dei valori della comunità rispetto a quelli degli individui. Con ciò sembra che la comunità abbia usurpato la libertà e l'autonomia solitamente associate agli individui in generale e ai malati mentali in particolare». Se l'autonomia di ciascuno rispetto alle scelte sanitarie si riflette nella possibilità di accettare o rifiutare i trattamenti medici «nella medicina tradizionale africana, dove la comunità gioca un ruolo significativo nel trattamento della malattia mentale (e della salute in generale) il rispetto dell'autonomia personale è molto più difficile. Ciò a causa della natura profonda dell'etica africana, per la quale le decisioni rispetto alla salute (ed anche rispetto ad altre importanti questioni personali) trascendono gli individui. Infatti, quando gli individui e i membri della famiglia prendono decisioni senza consultare gli anziani della comunità, tali individui e famiglie sono sanzionati, e tali sanzioni hanno implicazioni sociali, economiche e psicologiche. Lo stile di vita africano è profondamente comunitario, tant'è che spesso, gli africani che risiedono in aree urbane tornano ai loro villaggi ancestrali se bisogna prendere importanti decisioni che riguardano loro stessi». Tuttavia il trattamento obbligatorio per i malati mentali innocui, non costituendo un pericolo per il gruppo, è del tutto improprio, andando a violare i diritti del paziente, pertanto «nel contesto tradizionale africano e della medicina tradizionale africana, la comunità dovrà progressivamente assumere un atteggiamento differente rispetto alla salute e all'assistenza sanitaria intendendole come un affare personale piuttosto che comunitario, dal che deriva la necessità di sostenere le decisioni del paziente e di rispettare la loro individualità unica». F.P. Omonzejele, *Mental health care in African traditional medicine and society: A philosophical appraisal*, cit., p. 166-169 (trad. mia).

malati mentali dalla cittadinanza: pare addirittura che in occasione di visite ufficiali di personalità considerate importanti, lo Stato abbia l'abitudine di far raccogliere i malati mentali erranti per le città principali e riversarli presso l'unico Ospedale statale, il Jacquot di Cotonou, come per nascondere questa vergogna agli occhi degli stranieri¹⁴⁷. Dopo la dipartita dei notabili, i malati vengono però presto espulsi dall'Ospedale e riprendono la loro vita ordinaria.

Come anticipato, tale marginalizzazione dei disturba(n)ti, perpetrata anche a livello statale, nella maggior parte dei casi è semplicisticamente ascritta alle difficoltà economiche in cui versa il Paese. Tuttavia la vera natura della questione è ravvisabile solo se si accantona, certo solo per un attimo, la questione della povertà del Paese e, piuttosto, si vanno ad analizzare le iniziative finanziate dallo Stato in campo della salute: se complessivamente si riveleranno scarse la motivazione economica si troverà confermata, ma se si presenteranno delle disparità di spesa il problema economico si vedrà ridimensionato, lasciando spazio a motivazioni di tutt'altra natura.

A ben vedere alcuni investimenti statali in campo sanitario ci sono stati, ma mai rivolti alla salute mentale. In effetti il Piano Nazionale di Sviluppo Sanitario (PNDS), come anche la Strategia di Cooperazione dell'OMS con il Bénin, prevede un impegno delle autorità e degli attori della medicina moderna rispetto alla salute mentale¹⁴⁸, mai attesi, mentre negli altri campi le iniziative abbondano, mostrando il paradosso delle scelte e delle legittimazioni politiche in materia di solidarietà nazionale e di ripartizione delle risorse pubbliche. Ad esempio sin dal 2006 il governo beninese ha investito molti miliardi di franchi CFA nel microcredito rivolto ai più indigenti¹⁴⁹, ma nessuno si è mai fermato a considerare che i malati mentali sono molto più poveri e marginalizzati dei beneficiari del microcredito.

¹⁴⁷ Su ciò si veda l'articolo apparso su una rivista beninese *La nouvelle tribune*, 24 dicembre 2014: <http://www.lanouvelletribune.info/reflexions/opinion/22305-malades-mentaux-errants-au-benin-les-grands-abandonnes-de-la-republique> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁴⁸ Cfr. République di Bénin, Ministère de la Santé, *Plan National de Développement Sanitaire*, 2009-2018 : https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Benin/Benin%20Plan%20National%20de%20Developpement%20Sanitaire%202009-2018.pdf (ultima visualizzazione gennaio 2017). Rispetto alla Strategia di Cooperazione OMS- Bénin 2009-2013 cfr. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/136950> (il documento più recente, invece, è 2016-2019 che pure affronta la questione in oggetto: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246191/1/Benin-SCP-2016-2019-fre.pdf> ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁴⁹ Nel 2006 è stato istituito, infatti, dal Ministero dello Sviluppo, dell'Economia e delle Finanze un Fondo Nazionale per il Microcredito: cfr. République du Bénin, Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances *Fond National de la Microfinance (FNM)*, n. 2006-301 du 27 juin 2006: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/94858/111478/F1063967725/BEN-94858.pdf>. A tutt'oggi attivo: cfr. République du Bénin, Ministère chargé de la Microfinance, *Document de Programmation Pluriennale des dépenses 2016-2018*: http://www.finances.bj/uploads/tx_wdbiblio/dppd_mcm_2016-2018.pdf (ultima visualizzazione gennaio 2017).

Per quanto concerne l'investimento di risorse del Paese in ambito sanitario è noto che dal 2009 i parti cesarei in Bénin sono stati resi gratuiti¹⁵⁰, mentre ancora a pagamento sono le cure per i malati mentali.

Inoltre, rispetto al sistema di assicurazione sanitaria il governo ha realizzato un aggiornamento del RAMU- *Régime Assurance Maladie Universelle* per i cittadini ordinari a reddito basso in previsione di situazioni difficili in caso di malattia, non considerando che i malati mentali, già affetti da una patologia che colpisce il loro spirito e il loro corpo, non beneficiano di attenzione per le loro cure, né per il loro reinserimento sociale e professionale¹⁵¹.

È noto, poi, che il governo del Bénin, nel quadro della sua politica di aiuto progressivo alle differenti organizzazioni della società civile, conceda, ormai già da qualche anno, milioni di franchi CFA ai gruppi tradizionali e alle confessioni religiose, perché depositarie dei valori morali e tradizionali del Paese, mentre i malati mentali non beneficiano affatto di una tale generosità per la loro presa in carico¹⁵².

Ogni anno vengono poi devoluti dallo Stato enormi quantitativi di viveri, per milioni di franchi CFA, ai musulmani nel tempo della Quaresima, di modo che i fedeli indigenti e bisognosi possano interrompere il loro digiuno in serata¹⁵³. Tuttavia lo Stato sembra aver dimenticato il suo dovere di solidarietà rispetto ai malati mentali, molto più che indigenti e bisognosi: come, infatti, definire la condizione di coloro che restano perennemente affamati, giorno e notte, lasciati a mangiare escrementi, resti di cibo marcio, uccelli o ratti morti in putrefazione dalla spazzatura, e a raccogliere da terra acqua sporca da bere?

Lo Stato sembra non riconoscere ai malati mentali l'appartenenza alla categoria degli indigenti giacché, pur trasferendo milioni di franchi CFA nel budget dei centri di salute per la presa in carico dei malati poveri¹⁵⁴, non si preoccupa dei più poveri tra i poveri.

¹⁵⁰ V. Mongbò – I. Godin – C. Mahieu- E.M. Ouendo – L. Ouédraogo, *La césarienne dans le contexte de gratuité au Bénin*, in «Santé Publique», 3 (2016) 28, pp. 399-407. Cfr. anche : République du Bénin, Ministère de la Santé, *Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC)*: <http://www.sante.gouv.bj/spip.php?article52> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁵¹ République du Bénin, Assemblée Nationale, *Loi n. 2015-42 pourtant institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en République du Bénin*: <http://www.droit-afrique.com/uploads/Benin-Loi-2015-42-regime-assurance-maladie-universelle.pdf> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁵² République du Bénin, *Conseil des Ministres n. 25/PR/SGG/Com 2008 du 9 septembre 2008*, in Ilassa Benoît blog: <http://illassa-benoit.over-blog.com/article-22648189.html> (ultima visualizzazione gennaio 2017). Cfr. anche L.D. Guédénon, *Appui financier aux chefferies traditionnelles et aux confessions religieuses*, in «La nouvelle tribune», 8 septembre 2008: <http://www.lanouvelletribune.info/benin/politique/1635-appui-financier-aux-chefferies-traditionnelles-et-aux-confessions-religieuses> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁵³ Cfr. *Conseil des Ministres du 25 juin 2015*, in «BeninInfo», 8/07/2015 : <http://www.benininfo.com/01-journaux/08071502.html>

¹⁵⁴ République du Bénin, Ministère de la Santé, *Budget Programme 2016-2018- Secteur Santé. Propositions budgétaires*, 3 octobre 2015 : http://www.finances.bj/uploads/tx_wdbiblio/bp_sante_2016_2018.pdf (ultima visualizzazione gennaio 2017).

Pare che lo Stato beninese rifiuti deliberatamente di preoccuparsi dei malati mentali, eppure l'art. 8 della Costituzione della Repubblica del Bénin dispone che «La persona umana è sacra e inviolabile. Lo Stato ha l'obbligo assoluto di rispettarla e di proteggerla, di garantirle un pieno sviluppo. A tale scopo lo Stato assicura ai suoi cittadini l'uguale accesso all'educazione, alla cultura, alla formazione professionale e all'impiego»¹⁵⁵, elementi tutti disattesi per i malati mentali.

Per tali ragioni l'OMS raccomanda un impegno maggiore nella definizione di una politica di salute mentale che passi attraverso l'integrazione dei servizi di salute mentale nell'assistenza sanitaria di base, l'aumento del numero di unità psichiatriche negli ospedali generali in tutto il Paese, la creazione di unità medico-legali di ospedalizzazione per i prigionieri, la messa a disposizione di farmaci psicotropi essenziali, la formazione specialistica in psichiatria per medici ed operatori sanitari, ma anche la collaborazione tra cliniche di pronto soccorso e forme di cura complementare/alternativa e tradizionale e l'impegno nella riabilitazione psicosociale dei malati¹⁵⁶.

Purtuttavia, al di là degli avanzamenti da auspicare, bisognerebbe mettersi alla ricerca delle ragioni di questa ignobile "dimenticanza" dei malati mentali che rende lo Stato correo di un'esclusione che è negazione di esistenza dei più deboli. Ridimensionate le motivazioni economiche, pur certo innegabili, sembrerebbe tornare dirimente il riferimento alle tradizioni culturali beninesi rispetto all'associazione tra malattia mentale e *sorcellerie*. Parrebbe, infatti, che le convinzioni radicate nel profondo della mentalità locale condizionino il comportamento di uno Stato che, nella diade tra tradizioni inumane e diritti, invece di incarnare la garanzia di questi ultimi, si fa praticante delle prime a livello politico. La denuncia è certo grave, ma non pare del tutto infondata.

Ancora una volta emerge dal fondo del ragionamento il problema strutturale della ricerca presente: non si tratta, evidentemente, di respingere le tradizioni, ma di individuare una linea di demarcazione tra quelle inaccettabili e quelle da avvalorare che abbia come unico proposito la difesa dell'umano.

Tuttavia, prima di giungere a conclusioni affrettate, nelle pagine che seguono ci si proporrà di rintracciare ulteriori elementi, attraverso analisi comparative che tengano conto della considerazione storica globale della malattia mentale e dei suoi cambiamenti, al fine di meglio intendere l'atteggiamento sociale e statale beninese, provando anche ad intravedere le possibilità di un avanzamento.

¹⁵⁵ *Loi n° 90-32 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin*, cit.

¹⁵⁶ WHO-AIMS, *Report on Mental Health System in the Republic of Bénin*, cit., pp. 9 e 22.

Il che, ammesso che si trovi sostenuta l'ipotesi che l'atteggiamento statale subisca l'influenza culturale, non vuol dire che lo Stato beninese debba rinnegare la sua cultura e la sua tradizione, ma che certo debba motivare il suo disimpegno nei confronti dei malati mentali non ricorrendo alla facile scappatoia – che, pur manifesta, non esaurisce il problema – delle difficoltà economiche.

Giustificazionismi non possono trovare cittadinanza quando sono in gioco la dignità dell'uomo e i suoi diritti fondamentali.

2. *Storia di follie: esclusione e contenzione tra Primo e Terzo mondo*

In ogni tempo della storia umana, le diverse società hanno stabilito quali caratteristiche dovessero esibire i suoi membri per essere legittimati ad appartenere a pieno titolo. Ogni società, quindi, ha diviso e ancora divide i suoi membri in categorie cui è attribuito un diverso valore sociale. Il *normale* e l'*anormale* sono dunque costrutti culturali prodotti dalle diverse collettività, fondati su un complesso di valori, di norme e rituali condivisi dal gruppo, che costituiscono gli strumenti di identificazione sociale dei soggetti che ne fanno parte. Chi diverge dalle attese del gruppo, chi non è conforme ai parametri fisici o comportamentali stabiliti dalla società di appartenenza come normali, ovvero secondo norma, viene identificato come diverso, deviante. Qualora tale devianza venga percepita dalla società come pericolosa per la sua stessa conservazione e coesione, vengono messi in atto meccanismi di discriminazione, isolamento e/o condanna. La società traccia una linea, forma un limite, sceglie e bandisce sulla base di meccanismi di orrore e insicurezza: la follia è scandalo, va occultata attraverso l'esercizio della forza, è esclusa. È il trionfo della ragione.

Ad un tempo, però, la società elabora ideologie che *giustificano* la necessità di tali comportamenti di natura difensiva e l'attribuzione dello *stigma* di inferiorità agli individui non conformi.

Il lessema “stigma”, coniato dai greci, indica il marchio, l'impronta o il segno caratteristico, stando ad indicare i segni *fisici* insoliti e criticabili, che mettevano in dubbio la condizione *morale* di chi li possedeva; esso ha poi con il tempo assunto l'accezione di discredito pregiudiziale attribuito ad una certa categoria di persone, in questo caso malate, che ne determina un'esclusione *sociale* ovvero la non partecipazione alle principali attività di

valore sociale, politico, economico e culturale, il mancato coinvolgimento nei processi decisionali, la non integrazione nella famiglia e nella comunità¹⁵⁷.

Nella storia della malattia mentale sovente si è confuso il confine tra aspetto biologico, morale e sociologico: essa, infatti, è stata spesso intesa non solo come disfunzione organica, ma soprattutto come punizione di una presunta colpa morale dei genitori – tendenzialmente delle madri – o dei portatori. E questo si rispecchia anche sul piano normativo: al deficit psico-fisico viene fatto corrispondere un deficit sul piano dei diritti e della considerazione sociale che porta queste persone a vivere ai margini della società.

Caratteristica che accomuna la varia terminologia utilizzata per definire le persone con disabilità nelle diverse dimensioni storiche e spaziali, è la sua connotazione costantemente negativa: il disabile è il proprio deficit, coincide con il proprio limite, per tale ragione la persona malata non gode della piena considerazione umana e, in quanto tale, non può né deve aspettarsi di godere delle stesse prerogative relazionali riservate a coloro che possono dirsi pienamente umani. Da questo presupposto deriva il fatto incontestabile che la storia della disabilità è, prima di tutto e fin dall'origine delle civiltà, una storia di discriminazione, emarginazione e, spesso, anche di eliminazione.

Nella storia più remota dell'Occidente i devianti sono sempre stati messi ai margini: si pensi al Medioevo in cui la sovrapposizione tra malattia mentale e possessione diabolica, cui faceva seguito il meccanismo di esclusione, era invero frequentissima.

Torna stringente l'attualità delle analisi di M. Foucault¹⁵⁸ che ricostruisce con minuzia l'archeologia dell'esilio, proponendo una magistrale lettura storica, ma anche politica e

¹⁵⁷ E. Goffman, *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, Prentice- Hall, Englewood Cliffs, 1963; tr. it. *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte Cartografie Editore, Verona, 2003, p. 14. Il concetto di stigma, teorizzato da Goffmann in termini di discredito permanente che affligge lo *status* sociale di una persona impedendone l'accoglimento in un ordinario rapporto sociale, fu poi adottato dalla psichiatria sociale per definire l'insieme di connotazioni negative che vengono pregiudizialmente attribuite alle persone con problemi psichici a causa del loro disturbo e determinano discriminazione ed esclusione. Cfr. P. Gritti- S. Gagliarsi, *Stigma ed esclusione sociale nelle malattie mentali*, in L. Chieffi (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, Collana CIRB Quaderni di Bioetica n. 1, Mimesis, Milano-Udine, 2012, pp. 253-269; C. Morgan- T. Burns- R. Fitzpatrick- V. Pinfold- S. Priebe, *Social exclusion and mental health. Conceptual and methodological review*, in «British Journal of Psychiatry», 191 (2007), pp. 477-483; A. Lasalvia- M. Tansella, *Fighting discrimination and stigma against people*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», 17 (2008) 1, pp. 1-9; R. Lenoir, *Les exclus: un Français sur dix*, Seuil, Paris, 1974.

¹⁵⁸ M. Foucault, *Folie et Dérison. Histoire de la folie à l'âge classique*, I ed., Plon, Paris, 1961; tr. it. Rizzoli, Milano, 1963. La seconda edizione fu intitolata *Histoire de la folie à l'âge classique suivi de Mon corps, ce papier, ce feu et La folie, l'absence d'œuvre, deuxième édition*, Ed. Gallimard, Paris, 1972; tr. it. *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1973 (ora si citerà dalla quinta edizione BUR, Milano, 2015 a cura di M. Galzinga); Id., *Maladie mentale et psychologie*, PUF, Paris, 1954; tr. it., *Malattia mentale e psicologia*, a cura di F. Polidori, Raffaello Cortina, Milano, 1997; Id., *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974*, a cura di F. Ewald -A. Fontana - J. Lagrange, Hautes Etudes, Paris, 2003; tr. it. a cura di M. Bertani, Feltrinelli, Milano, 2004; Id., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, PUF, Paris, 1963; tr. it., *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, intr. e trad. di A. Fontana, Einaudi, Torino, 1969.

filosofica che si fa punto di riferimento indispensabile per intendere le pratiche di reclusione, di disciplinamento e di controllo della follia che vengono inquadrate secondo l'intreccio tra il sapere e il potere¹⁵⁹.

Quella di Foucault è una dichiarata «storia dei *limiti*: di quei gesti oscuri, necessariamente dimenticati non appena compiuti, coi quali una cultura respinge qualcosa che sarà per lei l'Esteriore; e lungo tutta la sua storia, questo vuoto scavato, questo spazio bianco per mezzo del quale si isola, la contraddistinguono quanto i suoi valori»¹⁶⁰. Dalla *stultifera navis*¹⁶¹ medievale, trasporto di relitti umani, sbandati, barboni, folli, criminali, che conduceva per mare il «carico insensato»¹⁶², quelli che erano nella *sragione*¹⁶³ – e che, pertanto, venivano esclusi da ogni diritto di cittadinanza dalla terra ferma, ordinata, razionale – ai luoghi di *ritiro*¹⁶⁴, aventi un preciso scopo di segregazione istituzionale, il passo è breve.

Dunque nel Primo come nel Terzo mondo la follia nel tempo è stata associata al *contagio*, all'esperienza della morte come esperienza che la ragione non può governare. Prima di Freud era, infatti, concezione comune che la ragione non potesse ospitare nel suo seno la follia, senza contraddirsi; dunque essa è esiliata dal pensiero prima ancora che dalle città: «se l'uomo può sempre essere folle – scrive Foucault –, il *pensiero*, come esercizio della sovranità da parte di un soggetto che si accinge a percepire il vero, non può essere insensato»¹⁶⁵. Tale assunto sottende l'attivazione di procedure materiali di esclusione: all'*allontanamento* del malato mentale fa seguito nel corso del tempo l'edificazione delle prime grandi case di *internamento*, inizialmente aventi solo una finalità di controllo ed occultamento della follia, poi, progressivamente, sanitario. La follia, da divina o demoniaca mania, viene oggettivata nella forma di patologia, non si sottrae più agli sguardi, ma si offre all'occhio clinico del medico. Nella storia della follia si giunge, dunque, progressivamente ad una modificazione nella considerazione del folle: la cura dei pazienti addiviene obbligo e l'assistenza un dovere

¹⁵⁹ Cfr. su ciò M. Foucault, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1988-1978* a cura di F. Ewald - A. Fontana - M. Senellard, Gallimard, Paris, 2004; tr. it. *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977-1978)*, a cura di P. Napoli, Feltrinelli, Milano, 2007. Si tenga presente il contributo di M. Fimiani, *La follia. Per una logica dell'ossimoro*, in L. Chieffi (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, cit., pp. 293-252.

¹⁶⁰ M. Foucault, *Prefazione alla prima edizione*, in *Storia della follia nell'età classica*, cit., pp. 41-51, ivi, p. 43.

¹⁶¹ Il meccanismo di esclusione dell'età classica è magistralmente descritto da Foucault nel suo *Storia della follia nell'età classica* a partire dal quadro *Stultifera Navis* di Hieronymus Bosch: ivi, pp. 59-112.

¹⁶² Ivi, p. 67.

¹⁶³ Con *sragione* Foucault intende anzitutto la minaccia, di un individuo superfluo da allontanare e rimuovere dalla coscienza sociale che si manifesta nell'età classica. Nel capitolo conclusivo si distinguono nel categorie dell'insensato, che rappresenta la ragione pervertita e in lui avviene uno scambio continuo tra ragione e sragione, e dell'alienato, che ha perso ogni cognizione della realtà ed è completamente abbandonato all'illusione, quindi in lui avviene una rottura tra ragione e sragione. Cfr. *Il cerchio antropologico*, ivi, pp. 705-738.

¹⁶⁴ Si veda in proposito il secondo capitolo della prima parte dal titolo *Il grande internamento*, ivi, pp. 113-157 e il quarto capitolo della parte terza *Nascita del manicomio*, ivi, pp. 646-704.

¹⁶⁵ Ivi, p. 116.

sociale. Nascono i primi manicomi, forme di ospedalizzazione unenti la duplice finalità di cura e reclusione per i malati mentali.

Purtuttavia la forma della reclusione si fonda su principi che anche l'etica medica ha progressivamente travalicato, perché poggia su un assunto teorico di base che è quello della riduzione dell'altro a non persona, della sua disumanizzazione. Del resto la lezione tragica del novecento ha insegnato che quella Ragione che nel nome della difesa della sua purezza ha emarginato la follia si è rivelata essa stessa folle nella sua spinta auto-affermativa.

La storia del mondo racconta di un chiaro cammino ascendente, anche se tormentato e certo in ritardo, in direzione del riconoscimento della condizione del malato psichiatrico e dei suoi diritti che formalmente inizia proprio al termine delle guerre totalitarie, barbaro esempio di esclusione e negazione di una presunta categoria di indegni, tra i quali furono ricompresi i malati mentali.

Già nel 1948, infatti, la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo delle Nazioni Unite* sancirà che «tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti» e che ciascuno ha «diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità»¹⁶⁶, anche se bisognerà attendere gli anni '60-'70 del secolo scorso affinché nei Paesi del primo mondo possa affermarsi l'ideologia che vede nel disabile una persona portatrice di bisogni e di diritti di cittadinanza, sanciti dalle Carte costituzionali, che devono essere garantiti dalle istituzioni e dall'intera comunità.

In questi anni si avvia la definizione di una nuova etica medica:

«il rimando ai diritti restituisce centralità definitiva (auspicabilmente) alle esigenze e alla volontà del paziente, rendendo del tutto obsoleta la tradizione del cosiddetto paternalismo medico, modalità di relazione sostanzialmente autoritaria, in cui la discrezionalità del medico nella gestione di malattia e malato restava autonoma rispetto a qualsivoglia decisione o volontà del paziente. Scaturita dal dato di fatto della dissimmetria di condizione tra paziente e terapeuta, la relazione ispirata dal paternalismo consegna il malato ad una condizione di minorità, a cui fa da rimando l'identità di "adulto" (di "padre") del medico»¹⁶⁷.

Il modello paternalistico lascia il posto ad un modello dialogico della relazione medico-paziente, fondato sulla parità tra i due poli della diade: viene alla parola la *personalità* del paziente, emerge nella sua autodeterminazione e nella sua rivendicazione di diritti. Si spiega così il progressivo superamento del modello segregativo del paziente psichiatrico, *exasperazione autoritaria del modello paternalistico di cura*, in favore di un nuovo paradigma di cura, fondato sul riconoscimento, prima ancora che del malato, della *persona* come tale,

¹⁶⁶ ONU, *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo*, 1948, cit.

¹⁶⁷ E. D'Antuono, *Bioetica*, Guida, Napoli, 2007, pp. 30-31.

titolare di diritti, di contro all'uso della forza e della contenzione del malato, considerati lesivi dei suoi diritti fondamentali e della sua dignità (in Italia, infatti, fu promulgata nel 1978 la legge "Basaglia" n. 180, che determinò la chiusura dei manicomi¹⁶⁸).

Il malato mentale è ora percepito non più come pericoloso e, dunque, da coercire e segregare, ma *persona* sofferente di cui prendersi cura secondo principi e modalità di presa in carico del tutto simili a quelli usati per altre patologie e sofferenze: dall'impegno a offrire interventi che migliorino la qualità della vita (secondo il principio di beneficenza), all'obbligo a non causare danno (principio di non maleficenza), al rispetto dell'autonomia e della dignità della persona (anche quando si tratti di decidere circa l'opportunità di un intervento sanitario), all'osservanza di criteri di giustizia nella ripartizione delle risorse¹⁶⁹.

Tale rivolgimento etico fu sostenuto dai pronunciamenti istituzionali; difatti nel 1980 l'OMS provvide ad una definizione chiara dei termini *disabilità*, *menomazione* ed *handicap*, con l'obiettivo precipuo di differenziare le realtà implicate e di sottrarle alle interpretazioni che, nel tempo, le varie culture hanno dato, giustificando atteggiamenti di discriminazione, emarginazione e/o persecuzione¹⁷⁰. Tali definizioni furono, poi, riviste dall'OMS nel 2001 in quanto evidenziavano esclusivamente ciò che in una persona era mancante o mal funzionante, insomma, esplicitavano una connotazione organicistica negativa che non teneva conto della complessità dei soggetti e del loro funzionamento. La nuova Classificazione Internazionale

¹⁶⁸ Cfr. su ciò F. Basaglia, *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino, 2005, ma anche L. Chieffi – P. Giustiniani (a cura di), *Percorsi tra bioetica e diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Quaderni di Mimesis, n. 6, Giappichelli, Torino, 2010.

¹⁶⁹ Un'importante svolta per la riforma della psichiatria si ebbe nel 1990 quando Itzhak Levav, Coordinatore regionale per la salute mentale dell'Ufficio Regionale dell'OMS per le Americhe organizzò una conferenza a Caracas, in Venezuela: Levav da psichiatra aveva visto gli abusi che venivano normalmente commessi sulle persone affette da disordini mentali ed era determinato a restituire loro dignità ed umanità. Non intendeva interrompere i trattamenti, ma il suo impegno si rivolse a fare in modo che fossero fondati su rigorose evidenze scientifiche e sul rispetto dei diritti umani. Al termine della conferenza fu emanata la *Caracas Declaration* (1990), a tutt'oggi esemplare modello di riforma di legislazione sulla salute mentale orientata alla protezione dei diritti civili delle persone con problemi mentali e decentralizzazione delle cure mediche psichiatriche. Cfr. su ciò anche OMS, *Mental health, unlocking the asylum doors*, in *Bugs, drugs & smoke: stories from Public Health*, 2011, pp. 43-59: http://www.who.int/about/history/publications/public_health_stories/en/ (ultima visualizzazione gennaio 2017). Si dica, inoltre, che l'OMS ha intrapreso un programma "Chain-Free Initiative" orientato proprio all'interruzione della pratica dell'incatenamento dei malati mentali che prevede tre fasi: ricovero in ospedali che escludono la pratica contentiva, sensibilizzazione delle famiglie e delle comunità all'eliminazione della prassi dell'incatenamento e progressiva eliminazione delle catene invisibili dello stigma che involve i malati mentali. Ivi, p. 45. Il programma dell'OMS è descritto al seguente indirizzo: <http://www.emro.who.int/mental-health/chain-free-initiative/> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁷⁰ OMS, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classifications relating to the consequences of disease*, Geneva, 1980: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf (ultima visualizzazione gennaio 2017). In base a tale definizione, la menomazione consiste nella perdita o anormalità di una struttura fisiologica, psicologica e/o anatomica; la disabilità - acquisita o presente sin dalla nascita - ne è la conseguenza sul piano funzionale (riduzione dell'efficienza o impossibilità di effettuare determinate *performances* fisiche e/o psichiche); ed infine handicap indica lo svantaggio del soggetto con menomazione e/o disabilità, in ambito fisico e sociale, cioè le sue difficoltà ad essere autonomo nei vari aspetti della vita quotidiana (prendersi cura di sé, muoversi nello spazio, gestire relazioni, trovare un'occupazione, acquisire indipendenza economica, ecc.).

del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (*International Classification of Functioning, Disability and Health* - ICF) si pone l'obiettivo di uniformare il linguaggio utilizzato per descrivere e classificare gli stati di salute e di disabilità, sottolineando come, nella determinazione della disabilità, le componenti ambientali interagiscono con le condizioni fisiche e/o psichiche degli individui¹⁷¹.

In tal modo il concetto di normalità - inteso come standardizzazione, omologazione - viene sostituito da quello di *pluralità delle differenze*. La disabilità, dunque, non viene più stigmatizzata come *status deviante*, ma è considerata parte dell'eterogeneità che caratterizza l'umanità della quale tutti i membri, senza esclusione, sono depositari di diritti.

In ambito occidentale si ricordino in proposito la promulgazione del Libro Bianco europeo¹⁷², la Raccomandazione del comitato dei ministri del Consiglio d'Europa sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali, adottata nel 2004¹⁷³, la dichiarazione conclusiva della conferenza di Helsinki dei ministri della sanità di 52 Paesi della regione europea dell'OMS nel 2005 (dal titolo *Affrontare le sfide, creare le soluzioni*)¹⁷⁴ e la risoluzione del Parlamento Europeo del 2006¹⁷⁵, nota come *Risoluzione Bowis*, che richiamano al rispetto dei diritti umani delle persone malate di mente e chiedono ai governi di introdurre o rafforzare leggi e regolamenti che garantiscano gli standard di cura e pongano fine agli interventi inumani e degradanti.

¹⁷¹ La sua adozione da parte dell'Organismo internazionale si pone in parallelo all'uso del protocollo ICD-11, relativo a mortalità e morbidità, al fine di fornire una più completa visione della salute all'interno delle diverse popolazioni (cioè, non solo quanto vivono, ma anche come vivono), accettata da tutti i professionisti di diverso orientamento culturale e dagli stessi soggetti colpiti da disabilità. Alla base troviamo la cosiddetta *teoria generale dei sistemi*, secondo cui mente e corpo si influenzano a vicenda e la malattia non è riconducibile ad un semplice fatto fisico-chimico, ma è il risultato dell'interazione fra le dimensioni corporea, personale e sociale dell'individuo. Cfr. anche *Diagnostical and Statistical manual*, ultima versione DSM- 5 2014: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁷² Council of Europe, *White Paper on the Protection of the Human Rights and Dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment*, Strasbourg 30 January 2000: [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/DIR-JUR\(2000\)2WhitePaper.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/DIR-JUR(2000)2WhitePaper.pdf) (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁷³ Council of Europe, *Recommendation Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of human rights and the dignity of persons with mental disorder and its explanatory memorandum*. Adopted by the Committee of Ministers on 22 September 2004 at the 896th meeting of the Ministers' Deputies, 22 September 2004: [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf) (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁷⁴ OMS, *Conférence Ministérielle européenne de l'OMS sur la Santé mentale, Relever les défis, trouver des solutions*, Helsinki (Finlande), 12-15 Janvier 2005 : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁷⁵ European Parliament: J. Bowis (a cura di) *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea* (Risoluzione Bowis), 2006/2058 INI: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2006-0341+0+DOC+PDF+V0//IT> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

A livello internazionale molteplici sono i provvedimenti e le Dichiarazioni sorte con l'obiettivo precipuo della difesa delle persone con disabilità, tuttavia il primo documento vincolante che indica la strada da percorrere per garantire i diritti di uguaglianza e di inclusione sociale è la *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità* del 2006. Entrata in vigore il 3 maggio 2008 e ratificata attualmente da 173 Paesi¹⁷⁶, la *Convenzione* si pone come prioritario obiettivo quello di porre argine alle molteplici forme di discriminazione ed esclusione, cui erano oggetto le persone affette da disabilità nel mondo, attraverso il riconoscimento del disabile come soggetto portatore degli stessi diritti di qualunque altro cittadino. Tali diritti, come il diritto alla vita, alla giustizia, alla *libertà dalla tortura*, dallo sfruttamento, dalla violenza, dall'abuso, *libertà di movimento*, di espressione, di eguale partecipazione alla vita politica, pubblica e culturale, di eguale accesso all'educazione, il diritto alla salute e all'impiego devono essere rispettati e resi fruibili attraverso politiche di integrazione sociale capaci di rimuovere gli ostacoli alla realizzazione dei progetti di vita della persona¹⁷⁷.

Particolarmente significativo è che la *Convenzione* ponga particolare attenzione anche alle fasce della popolazione dei Paesi del Sud del mondo ritenuti maggiormente vulnerabili, perché caratterizzati da inesistenza e/o inefficienza delle strutture socio-sanitarie preposte all'assistenza delle persone con disabilità, deboli politiche sociali, stigmatizzazione, instabilità socio-politiche.

Invero, è indisconoscibile che nei Paesi del Primo mondo i disabili vivano in condizioni di vita migliori, rispetto al passato e, certo, rispetto ai Paesi del Terzo mondo: il *welfare state* prevede forme di assistenza evolute e maggiormente sensibili al benessere della persona ed ai suoi diritti, il che è in parte il prodotto di una tecnologia più avanzata, come di innovazioni in campo legislativo e medico – che permettono di ridurre l'impatto negativo della menomazione – e di un radicale mutamento culturale rispetto alla disabilità.

Evidentemente nei Paesi in via di sviluppo, caratterizzati da povertà endemica, queste innovazioni non sono presenti, di conseguenza l'attenzione nei confronti della disabilità si pone in un contesto in cui i limiti materiali e strutturali sono rilevanti.

Inoltre, secondo le stime dell'OMS, i disabili nel Terzo mondo sono molto più numerosi che altrove: se il 15% della popolazione globale, circa un miliardo di individui,

¹⁷⁶ UN, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 2006: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁷⁷ E. Ghedin, *Ben-essere disabili. Un approccio positivo all'inclusione*, Liguori, Napoli, 2009, pp. 79-80.

presenta una qualche forma di disabilità, l'82% di essi – quasi una *terza nazione*¹⁷⁸ – appartiene ai Paesi in via di sviluppo¹⁷⁹, di cui i disordini mentali solo in Africa sono del 20-40% del totale¹⁸⁰. E questo «non solo per una questione di povertà. Se si aggiungono alle pressioni psicologiche della fame, la vita in condizioni di sovraffollamento e i bassi livelli di educazione, l'orrore della guerra e l'impatto psicosociale dei disastri naturali e delle malattie, come l'HIV, si ottengono le basi di una crisi della salute mentale globale»¹⁸¹.

Non è semplice ricostruire una panoramica storica della disabilità nel Continente africano¹⁸², perché la sua secolare frantumazione politica, economica, sociale e culturale si riflette anche nell'ambito della documentazione dei fenomeni storici e sociali¹⁸³; tuttavia va

¹⁷⁸ M. Schianchi, *La Terza Nazione del Mondo. I Disabili tra Pregiudizio e Realtà*, Feltrinelli, Milano, 2009.

¹⁷⁹ OMS, *World report on disability*, 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf; (ultima visualizzazione gennaio 2017). È opportuno ribadire che si tratta di dati lacunosi e sottostimati, in quanto moltissimi casi sfuggono alle rilevazioni. Rispetto alla salute mentale il primo report mondiale fu pubblicato dall'OMS nel 2001 con il titolo di *Mental health: new understanding, new hope* (scaricabile all'indirizzo: <http://www.who.int/whr/2001/en/>), in cui si stimava che un adulto su dieci (450 milioni di persone a quel tempo) erano affette da disordini mentali. Inoltre da quel report emerse che quasi la metà dei Paesi del mondo non avevano alcuna legislazione nazionale sulla salute mentale, un quarto non specificava nelle proprie legislazioni l'attribuzione di diritti ai malati mentali, quasi un terzo delle nazioni non stanziavano alcun budget specifico per la salute mentale e quasi un terzo della popolazione globale viveva in nazioni che investivano meno dell'1% del totale del budget sanitario nella salute mentale. Come regola generale, più poveri erano i Paesi, meno investivano nella salute mentale. Quattro anni dopo, nel 2005 fu pubblicato il *Mental health atlas* (cfr. http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/) in cui emerse che mentre in Europa vi erano 10 psichiatri su 100.000 persone, in Africa per lo stesso numero di persone si contavano solo 0.04 psichiatri il che, evidentemente, significava che la maggior parte delle persone con problemi mentali non ricevevano il trattamento di cui avevano bisogno. Nel 2008 l'OMS lanciò il programma *Mental Health Global Action Programme* proprio per implementare nei Paesi in via di sviluppo la cura delle malattie mentali: cfr. mhGAP http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/ (ultima visualizzazione gennaio 2017). Si veda anche R. Uwakwe – A. Otakpor, *Public mental health- using the Mental Health Gap Action Program to put all hands to the pumps*, in «Frontiers in public health», 2 (22 April 2014) 33, pp. 1-5, in cui si spiega che la strategia dell'OMS anche nel campo della salute mentale è di integrare i guaritori tradizionali nei programmi di salute mentale dei Paesi in via di sviluppo dove è particolarmente elevata la percentuale di malati mentale che non riceve alcun trattamento sanitario.

¹⁸⁰ T. Berdirhan Üstün, *The Global Burden of Mental Disorders*, in «American Journal of Public Health», 89 (1999) 9, pp. 1315-1318 e cfr. OMS, *The World health Report- Making a difference*, Geneva, 1999: <http://www.who.int/whr/1999/en/> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁸¹ OMS, *Mental health, unlocking the asylum doors, in Bugs, drugs & smoke: stories from Public Health*, cit., p. 52 (trad. mia).

¹⁸² J. Livingston, *Insights from an African History of Disability*, in «Radical History Review», 2006 (94), pp. 111-126, ivi p. 114: http://history.rutgers.edu/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=185&Itemid=144 (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁸³ Infatti le scarse fonti disponibili – quasi esclusivamente in lingua inglese o francese – sono studi di tipo socio-sanitario realizzati in ambiti strettamente nazionali, e/o ricerche etnografiche riferite a specifiche realtà locali. Altre fonti – ancora più frammentarie e diversificate – sono i resoconti/rapporti di ONG, fondazioni, associazioni e missioni religiose, i cui progetti riguardano aree geografiche di intervento relativamente limitate rispetto all'enorme quantità di disabili del Continente africano. Le informazioni storiche fornite da questi soggetti sono di natura indiretta in quanto emergono da indagini etnografiche e/o dai racconti dei soggetti assistiti. Una fonte bibliografica autorevole ed esaustiva sui vari aspetti delle problematiche africane è l'*African Studies Center Leiden*: <http://www.ascleiden.nl/>, istituto di ricerca multidisciplinare dei Paesi Bassi, interamente dedicato allo studio dell'Africa. Dal 2008 ha infatti reso disponibile un dossier di pubblicazioni, il cui limite è quello di non comprendere studi – o comunque testi informativi – antecedenti gli ultimi decenni dell'Ottocento. Anche l'Independent Living Institute il cui obiettivo primario è la promozione dell'autodeterminazione degli individui

riconosciuto che «particolarmente in Africa è ancora molto viva la stigmatizzazione riguardo alla malattia psichiatrica» e «ancora molto bisogna fare in termini di educazione pubblica alla salute al fine di ridurre, se non di eliminare, la stigmatizzazione della malattia mentale in questa società»¹⁸⁴.

Troppo diffusa è, infatti, ancora l'idea del legame tra malattia mentale e *sorcellerie*, che fa della disabilità un *tabù*, conducendo all'occultamento dell'insania e alla strutturazione di visioni evitanti e discriminanti¹⁸⁵: il malato mentale non viene infatti toccato, talvolta si preferisce non incrociare il suo sguardo; tendenzialmente si parla molto poco di lui e della sua condizione. Molto grave è la condizione di coloro che vengono colpiti da convulsioni¹⁸⁶ o degli epilettici¹⁸⁷ per i quali lo stigma diminuisce le possibilità di cura: sia perché i malati

con disabilità - ha prodotto una biblioteca virtuale sulla tematica: Independent Living Institute - <http://www.independentliving.org>.

¹⁸⁴ O.F. Aina, *Mental illness and cultural issues in West African films: implications for orthodox psychiatric practice*, cit., p. 25 (trad. mia). Lo studio citato mostra addirittura come i mezzi di comunicazione anche in Africa possano essere distorti il vero significato della malattia mentale: la maggior percentuale dei film analizzati, prodotti da nativi africani, associa la psicosi a cause legate alla *sorcellerie* o ad attacchi di spiriti e demoni, vieppiù mostrando gli aspetti maggiormente aggressivi della patologia e non contemplando possibilità di trattamento o cura. Ciò, evidentemente, non può che sortire l'effetto di acuire il timore e la stigmatizzazione della malattia mentale, sempre meno ricondotta alla sua matrice patologica e alla sua dimensione non violenta, che nei fatti è prevalente, e incoraggiare la distorta idea che i disordini psichici non possano avere una cura. Cfr. su ciò G. Philo, *Media images and popular beliefs*, in «Psychiatric Bulletin», 18 (1994), pp. 489-491.

¹⁸⁵ Confrontando fra loro un certo numero di società non occidentali, Hanks e Hanks hanno rilevato grandi differenze nelle rispettive concezioni della disabilità. In alcune culture, di qualunque natura ed entità fosse la menomazione, i soggetti venivano rifiutati, allontanati dal gruppo o anche eliminati fisicamente. In altri contesti erano discriminati ed emarginati. In altre ancora venivano mal tollerati dallo stesso ambito familiare in quanto considerati passività economiche. Ma la loro ricerca dimostrava anche l'esistenza di atteggiamenti di rispetto e di inclusione nel gruppo per quanto reso possibile dalla disabilità. In sostanza, grandi differenze nel trattamento delle persone con disabilità si sono manifestate e si manifestano in Africa come in altre parti del mondo. Cfr. J.R. Hanks, L.M. Hanks, *The Physically Handicapped in Certain Non-occidental Society*, in «Journal of Social Issues», 4 (1948) 4, pp. 11-20.

¹⁸⁶ Si consideri che le convulsioni, soprattutto nei bambini, sono sovente causate dalla febbre malarica: spesso la famiglia al fine di calmare il soggetto affetto da spasmi si serve di olio di fegato di merluzzo, miele e limone che sono somministrati oralmente spesso combinati nella speranza di indurre il vomito o stimolare un recupero di coscienza. Altre sostanze somministrate sono sovente l'urina di mucca o gatto, cipolla o aglio e alcool. Oggetti come cucchiari, bastoni o dita possono essere usati nel tentativo di allentare le mascelle o evitare soffocamenti. Le percosse possono essere usate per far riprendere i bambini, mentre scarificazioni o fumigazioni sono utilizzate per combattere far allontanare gli spiriti maligni. Si usa inoltre immergere una mano o una gamba nell'acqua bollente o nel fuoco per far ridestare il bambino dal coma postconvulsione. L'uso di tali tecniche spiega l'alto tasso di mortalità o morbidità successivo alle convulsioni. Stati morbosi indotti da trattamenti tradizionali possono includere lesioni o bruciature oculari o cutanee, ferite alle cavità nasali o alle labbra, o edemi alle guance. Su ciò cfr. B. Ayivi- V. Dan, *Accidents linked to traditional treatment of convulsions of infants and children in Bénin*, in «Dev. Sante», (1990) 85, pp. 25-29 (per la versione online cfr.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12316207>).

¹⁸⁷ F. Rafael- D. Houinato- P. Nubukpo- C.-M. Dubreuil- D. Si Tran- P. Odermatt- J.-P. Clément- M.G. Weiss- P.-M. Preux, *Sociocultural and psychological features of perceived stigma reported by people with epilepsy in Bénin*, in «Epilepsia», 51 (2010) 6, pp. 1061-1068. Nell'articolo si legge che : «L'epilessia è una patologia assai diffusa in molti Paesi in via di sviluppo (Preux & Druet-Cabanac, 2005; Birbeck et al., 2007), tra cui il Bénin (Crepin et al., 2007). Tuttavia, la percentuale di persone con epilessia (PWE) che necessitano di trattamento, ma non lo ricevono può superare 90% (Meyer & Birbeck, 2006). Convulsioni non controllate hanno gravi conseguenze sulla morbidità e mortalità. Inoltre gli epilettici (PWE) in Africa sub-sahariana (SSA) sono significativamente esposti al deterioramento cognitivo, a lesioni fisiche e disabilità (Jacoby et al., 2005). Tutti questi fattori combinati aggravano lo stigma associato all'epilessia, che è stato a lungo descritto come il

stessi vivono una forte condizione di imbarazzo e disagio e cercano di nascondere gli episodi di disordine¹⁸⁸ sia per il generalizzato atteggiamento di sospetto ed esclusione, motivato dalla convinzione del contagio¹⁸⁹, da parte delle famiglie che non assumono il problema dal punto di vista medico-scientifico. Difatti in numerosissimi casi i pazienti sono condotti in ospedale troppo tardi, quando oramai è stata compromessa la possibilità di gestione clinica della patologia e la psicosi è divenuta cronica.

Purtuttavia gli organismi sanitari internazionali si sono presto occupati del necessario riconoscimento dei diritti dei disabili e, in ispecie, dei malati mentali, in tali contesti: «contrariamente a quanto si potrebbe pensare, la problematica psichiatrica, in Africa, è stata affrontata precocemente dagli organismi sanitari internazionali. Fin dal loro sorgere questi organismi hanno tentato di promuovere, nei Paesi in via di sviluppo, un intervento sociosanitario, che non separasse la difesa della salute fisica dalla difesa della salute psichica», incentrato su due concetti «l'enfasi posta nell'idea di salute in opposizione a quella di malattia, l'inserimento della psichiatria all'interno della politica di salute pubblica»¹⁹⁰. Difatti, dalla seconda metà del secolo scorso il tema della salute mentale in Africa è stato a

maggiore fardello della malattia (...). Un numero considerevole di intervistati (45,0%) dice di avere un parente di primo o secondo grado affetto da epilessia. Circa l'11,8% negano di avere l'epilessia e la riferiscono ad altri disordini, come l'ipertensione o, ad esempio, la malaria (...). Di coloro che hanno accettato la diagnosi, il 73,7% dice che all'inizio non avevano identificato il problema con l'epilessia ma come un "semplice disturbo", "un disturbo legato all'aria fredda" o con "la malattia serpente di Dio". Il 97,5% descrive il proprio disturbo come un serio problema, e la maggioranza dice di aver consultato in passato un guaritore tradizionale per risolvere il problema. Il trattamento prescritto era principalmente basato su tisane e diete specifiche (molti cibi erano stati proibiti) (...). I pazienti temono la diffusione della notizia della loro patologia che potrebbe creare difficoltà a trovare marito/moglie o con i matrimoni già in corso. Gli uomini sembrano avere più difficoltà a trovare moglie rispetto alle donne (...). Il 63,7% lamenta problemi finanziari e l'83,7% stress emotivo causato dall'epilessia. Le caratteristiche più preoccupanti legate alla malattia sono le preoccupazioni di indebolimento costituzionale e riduzione dello stato sociale (...) isolamento sociale e problemi coniugali». Ivi, p. 1061-1064 (trad. mia). I testi citati nell'articolo sono: G. Birbeck- E. Chomba- M. Atadzhanov- E. Mbewe- A. Haworth, *The social and economic impact of epilepsy in Zambia: a cross-sectional study*, in «Lancet Neurol», 6 (2007), pp. 39–44; S. Crepin - D. Houinato- B. Nawana- G. Avode - P.M. Preux- J.C. Desport, *Link between epilepsy and malnutrition in rural area of Benin*, in «Epilepsia», 48 (2007), pp. 1926–1933; A. Jacoby- D. Snape - G.A. Baker, *Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder*, in «Lancet Neurol», 4 (2005), pp. 171–178; A. Meyer- G. Birbeck, *Determinants of the epilepsy treatment gap in developing countries*, in «Neurology», 66 (2006) (5 suppl. 2), A. 343; P.M. Preux- M. Druet-Cabanac, *Epidemiology and aetiology in sub-Saharan Africa*, in «Lancet Neurol», 4 (2005), pp. 21–31. Cfr. su ciò anche G. Bertschy, R.G. Ahyi, *Obsessive-Compulsive Disorders in Benin: Five Case Reports*, in «Psychopathology», (1991), pp. 398-401; P. Nubukpo- J.P. Clément - D. Houinato-A. Radji- E.K. Grunitzky- G. Avodé- P.M. Preux, *Psychosocial issues in people with epilepsy in Togo and Benin (West Africa) II: Quality of life measured using the QOLIE-31 scale*, in «Epilepsy & Behavior», 5, (October 2004), 5, pp. 728-734.

¹⁸⁸ Nell'articolo riportato l'80% degli intervistati dice di vergognarsi di se stesso: F. Rafael- D. Houinato- P. Nubukpo- C.-M. Dubreuil- D. Si Tran- P. Odermatt- J.-P. Clément- M.G. Weiss- P.-M. Preux, *Sociocultural and psychological features of perceived stigma reported by people with epilepsy in Bénin*, cit., p. 1066.

¹⁸⁹ Cfr. su ciò A. Awaritefe, *Epilepsy: the myth of a contagious disease*, in «Cult. Med. Psychiatry», 13 (1989) 4, pp. 449-456 (per la versione online cfr: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=epilepsy%3A+the+myth+of+a+contagious+disease>).

¹⁹⁰ E. Venturini – S. Atti, *Per una politica di salute mentale: il ruolo svolto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in Africa*, cit., p. 375.

fondo dibattuto¹⁹¹, sino alla progressiva ratificazione della *Convenzione* Onu da parte di numerosi stati africani¹⁹². Inoltre, nel giugno del 1981 in Kenya, a Nairobi, fu approvata dalla Conferenza dei capi di stato e di governo, durante la loro 18esima sessione straordinaria, la Risoluzione CM/Res, adottata, poi, dal Consiglio dei ministri dell'Unione Africana (Risoluzione CM875-XXXVII) la quale sosteneva la creazione di un *Institut Régional Africain de Réhadaptation*¹⁹³ che avrebbe dovuto incentivare il miglioramento delle strutture dei centri di trattamento, rieducazione, e riabilitazione socio-economica delle persone con disabilità.

In seguito, durante la 35esima sessione ordinaria della *Conferenza dei Capi di stato e di governo* dell'UA, tenuta nel luglio del 1999 ad Algeri (Algeria), fu proclamato il *Decennio africano delle persone con disabilità* (1999-2009), il cui obiettivo prioritario è stato quello di servire come guida agli stati membri nell'elaborazione dei programmi nazionali sulla disabilità e la messa in atto di meccanismi appropriati in vista della realizzazione degli obiettivi previsti, atti al miglioramento delle condizioni delle persone disabili.

Ciononostante il processo di adeguamento delle legislazioni statali ai principi sanciti dai vari documenti è tuttora in evoluzione, tant'è che gli stati membri dell'UA si sono resi conto di non aver raggiunto gli obiettivi prefissati, dunque hanno esteso per un ulteriore decennio l'iniziativa (2010-2019)¹⁹⁴.

Dal canto suo il Bénin ha ratificato nel 2012 la *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*, inoltre, come già accennato, nella sua Costituzione ha recepito le disposizioni

¹⁹¹ Nel 1958 a Brazzaville vi fu il primo seminario sulla Salute Mentale per l'Africa sub sahariana per conto dell'Ufficio Regionale dell'OMS: «i lavori del seminario stigmatizzano sia l'impatto con la civilizzazione occidentale e i bruschi cambiamenti apportati ai regimi tradizionali, sia le caratteristiche della civiltà africana, in rapida evoluzione, sottoposta a fenomeni di urbanizzazione e industrializzazione forzata» Ivi, p. 376.

¹⁹² Attualmente, le nazioni afferenti al Continente africano che hanno ratificato la *Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità* (2006), sono 33: Algeria (2009), Benin (2012), Burkina Faso (2009), Capo Verde (2011), Costa D'Avorio (2014), Egitto (2008), Etiopia (2010), Gabon (2007), Ghana (2012), Guinea (2008), Kenya (2008), Lesotho (2008), Liberia (2012), Malawi (2009), Mali (2008), Mauritania (2012), Marocco (2009), Mozambico (2012), Niger (2008), Nigeria (2010), Rwanda (2008), Senegal (2010), Seychelles (2008), Sierra Leone (2010), Sud Africa (2007), Sudan (2009), Swaziland (2012), Togo (2011), Tunisia (2008), Uganda (2007), Tanzania (2008), Zambia (2010), Zimbabwe (2013): UN, *Ratification and Signature of CRPD*: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=en

¹⁹³ UA, *Accord portant creation de l'institut africain de readaptation* - http://www.africaunion.org/Official_documents/Treaties_Conventions_fr/Accord%20Institut%20africain%20de%20readaptation.pdf (ultima visualizzazione gennaio 2017).

¹⁹⁴ UA, *Continental Plan of action for the African Decade of Persons with disability 2010-2019*: <http://au.int/web/fr/node/3599> (ultima visualizzazione gennaio 2017). Inoltre nel 2015 le Nazioni Unite hanno adottato un nuovo obiettivo di sviluppo globale che, per la prima volta, include un riferimento al “promuovere la salute mentale e il benessere” e ridurre morti premature da malattie non trasmissibili, compresi i disordini mentali, da ridurre di un terzo entro il 2030. L'OMS ha inoltre intensificato la sua attenzione sulla malattia mentale, intimando la fine della pratica di incatenamento per i malati mentali. Cfr. B. Carey, *The Chains of Mental Illness in West Africa*, in «The New York Times», 12 ottobre 2015: https://www.nytimes.com/2015/10/12/health/the-chains-of-mental-illness-in-west-africa.html?_r=0 (ultima visualizzazione gennaio 2017).

della *Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli* la quale chiede che lo Stato adotti tutte le misure necessarie al fine di garantire il rispetto dei diritti fondamentali di tutti, comprese le persone con disabilità o malattie mentali. Purtroppo, atteso il suo documentato disimpegno in favore dei malati mentali, parrebbe aver lasciato tali principi solo a livello di proponimento teorico.

Il cammino sin qui proposto lascia avanzare un sospetto: attesa la performatività dell'etica, del diritto e della politica documentata a partire dalla storia della malattia mentale occidentale, sembrerebbe che l'immobilismo dello Stato beninese sia "deliberato".

Ripercorrere l'exkursus della follia nella storia del mondo, ricordare come il fenomeno della stigmatizzazione e dell'esclusione dei malati mentali abbia inherito anche il Primo mondo ed abbia seguito un'evoluzione etica e giuridica, nel senso del superamento dello stigma e della contenzione, ha voluto significare addurre una prova alla modificabilità degli orientamenti morali, giuridici e politici dominanti.

Tuttavia questo, se per un verso può voler dire che la *politica* beninese debba subire un'accelerazione (che pare respingere), ad un tempo non ci consente già di inferire che la *cultura* africana sia passibile di detta modifica. Come si è detto, una delle questioni più care alla ricerca è appunto di intendere se un mutamento di mentalità sia possibile per i popoli cosiddefiniti da un certo indirizzo ermeneutico "di natura", ovvero se le tradizioni africane siano da intendere come non implicate nel movimento della storia e, dunque, restino statiche o siano suscettibili di modificazioni. A questo ancora non è dato dare una risposta definitiva, per la quale occorre una riflessione maggiore, mentre il ritardo dello Stato beninese nell'adeguamento ai pronunciamenti delle Carte dei diritti, che pur ha ratificato, necessita di spiegazioni subitanee.

Tuttavia, per rispondere a detto quesito che interroga la performatività della politica bisognerà scorgere con onestà se al fondo delle pratiche, al di là dei principi asseriti unanimemente, il nostro Occidente abbia seriamente rinunciato alla discriminazione dei malati mentali e alla loro contenzione.

Un beninese straordinario, di cui parleremo di qui ad un attimo, ci instilla un dubbio:

«Nei cosiddetti Paesi sviluppati la soluzione non è migliore. Ho visto i vostri ospedali. Rinchiudete i pazienti in delle stanze, drogati come si vede dai loro bulbi oculari. Il che non è molto diverso dall'incatenarli ad un albero»¹⁹⁵.

¹⁹⁵ Chi parla, intervistato da un reporter dell'OMS è Grégoire Ahongbonon, di cui parleremo nel paragrafo seguente: WHO, *Humble beginnings: Grégoire Ahongbonon and the St Camille Association*. Geneva, Available at http://www.who.int/features/2005/mental_health/beginnings/en/ (ultima visualizzazione gennaio 2017, trad. mia).

A ben vedere, infatti, considerando il caso italiano, a quasi quarant'anni dalla legge di riforma psichiatrica che ha determinato la chiusura dei luoghi di internamento per i malati mentali e il superamento della pratica contentiva, pare resistere un retaggio della cultura manicomiale: sovente, infatti, accade di trovarsi dinanzi a pazienti costretti con la forza e contro la loro volontà (contenzione meccanica) o sottoposti a dosi consistenti di farmaci sedativi che hanno come immediata conseguenza quella di condurre il malato in uno stato di torpore, quando non di completa incoscienza (contenzione farmacologica), il che è perpetrato non senza opposizioni esplicite dell'unanime punto di vista della bioetica¹⁹⁶.

A tutt'oggi, infatti, in Italia viene praticata la contenzione, pratica pericolosa¹⁹⁷ e inumana, in forma non eccezionale, «senza che vi sia un'attenzione adeguata alla gravità del problema, né da parte dell'opinione pubblica né delle istituzioni»¹⁹⁸.

Ciò viene giustificato ricorrendo al solito sentimento di *paura* che i pazienti possano manifestare atteggiamenti *pericolosi* per se stessi e per gli altri¹⁹⁹, pertanto solo in mancanza

¹⁹⁶ Per quanto concerne l'Italia numerosissimi sono i pronunciamenti del Comitato Nazionale per la Bioetica contro la contenzione: si ricordi, in ordine, il documento del 2006, *"Bioetica e diritti degli anziani"* in cui nell'invitare al rispetto dell'integrità dell'anziano e alla non maleficenza, il CNB sottolinea come «la maleficenza verso l'anziano possa corrispondere alla contenzione, intesa come limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo» cfr. CNB, *Bioetica e diritti degli anziani*, 20 gennaio 2006, pp. 7-8. Circa la contenzione in ambito psichiatrico, il parere *"Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici"* afferma chiaramente che «la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità della persona». Tale pratica è individuata come un residuo della cultura manicomiale, che produce «cronicizzazione, invece che il recupero della malattia». CNB, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, del 24 novembre 2000, p. 18. L'anno precedente il CNB denunciava l'uso frequente della contenzione anche prolungata in buona parte degli SPDC, negli OPG, nelle strutture soprattutto private (ma spesso convenzionate a carico del SSN), rilevando che tali prassi sono in primo luogo in contrasto con le buone pratiche medico-psichiatriche. Si raccomandava perciò che la contenzione e l'isolamento fossero drasticamente ridotti e praticati solo in casi eccezionali in mancanza di alternative o in stato di urgenza e che dovessero comunque essere limitati nel tempo, sottolineando al tempo stesso la convergenza tra la norma etica del rispetto della dignità personale e il criterio clinico-terapeutico. Cfr. CNB, *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Parere del CNB sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici*, 24 settembre 1999. Anche il recente documento *"Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche"* analizza le questioni sia del ricovero che del trattamento involontario per queste persone altamente vulnerabili, rimarcando il collegamento fra i diritti dei malati e un'adeguata presa in carico, «poiché carenze e inadeguatezze nell'assistenza di persone con disabilità mentale conducono a situazioni che si traducono in trattamenti inumani e degradanti» CNB, *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche*, 20 giugno 2014, pp. 18-19. Cfr. anche CNB, *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sull'eticità della terapia elettroconvulsivante*, 1995 e CNB, *Disabilità mentale nell'età evolutiva: il caso dell'autismo*, 19 Aprile 2013. La versione online dei Pareri del CNB è scaricabile sul sito: <http://presidenza.governo.it/bioetica/pareri.html>.

¹⁹⁷ Si ricordino in Italia la morte di Giuseppe Casu del 2006 e quella di Francesco Mastrogiovanni del 2010 a seguito di contenzioni prolungate e non monitorate. Cfr. P. Sangiorgio - G.M. Polselli (a cura di), *Matti da (non) legare*, Alpes, Roma, 2010.

¹⁹⁸ CNB, *La contenzione: problemi bioetici*, 23 aprile 2015, p. 3. Nel documento viene spiegato che: «La pratica della contenzione è usata nei confronti dei pazienti psichiatrici nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) degli ospedali così come nelle cliniche private; ma anche su minori ricoverati in strutture per problemi di disabilità mentale o fisica e su anziani degenti in ospedali o in strutture residenziali assistite» Ivi, p. 5.

¹⁹⁹ Nello stesso Libro Bianco europeo, infatti, si legge che è possibile ricorrere al ricovero forzoso del paziente, ovvero perpetrato non per sua volontà, se il disturbo mentale costituisce un grave pericolo per la persona stessa e per la sua salute o un pericolo per gli altri, ma si ribadisce che il ricovero deve inteso come un beneficio per la

di alternative o in stato di urgenza e per un periodo di tempo limitato si consentono la contenzione e l'isolamento, intesi come una forma di *beneficio* per la persona stessa²⁰⁰.

Tuttavia è oramai chiaro che la contenzione rappresenti una forma di mancato rispetto dei diritti del malato, che può persino rappresentare un fattore di aggravamento della patologia psichica²⁰¹: dal che si perviene ad uno scontro tra il diritto all'autonomia della persona e il diritto a ricevere cure appropriate. Difatti la (supposta) finalità terapeutica dell'intervento coercitivo (principio di beneficenza) viola l'autonomia della persona in nome del suo presunto "bene". Si ribadisce pertanto la regola del *no restraint* la quale contempla una diversa gestione del conflitto e promuove il rispetto dell'autonomia del paziente, cominciando dall'informazione (del paziente e/o dei suoi tutori) circa le cure e i trattamenti proposti, che si riconferma in tutte le fasi del ricovero e si conclude con il rispetto del diritto all'integrazione sociale e al reinserimento attraverso il lavoro²⁰².

A ben vedere, dunque, anche il perpetrare, seppur in casi limite, il ricorso alla contenzione in Italia è un atteggiamento vittima del *pregiudizio* mai sopito relativo alla malattia mentale e alla *pericolosità* del paziente psichiatrico che si fa dimentico del rivolgimento etico e giuridico moderno e, dunque, reo di condotte non più proponibili.

In modo non del tutto dissimile, nel contesto beninese, quello che sembra frenare gli auspicabili mutamenti è proprio un *pregiudizio*, consolidato in convinzioni teoriche e storiche tradizionali difficili da eradicare. «I malati mentali in Africa sono una vergogna *per il potere pubblico*. Sono abbandonati da tutti. Li vedete mangiare nella spazzatura, dormire per strada. Tutti hanno paura di loro»²⁰³. Si ha paura della violenza del malato, come in Italia, ma anche della malìa da lui trasmissibile che, insieme alla sensazione di sprezzante vergogna suscitata dalla vista della mostruosa insipienza, sono atteggiamenti superstiziosi che hanno il loro

persona stessa. Cfr. CNB, *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Parere del CNB sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici*, cit.

²⁰⁰ Cfr. M. Massa, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in «Rivista italiana di medicina legale», (2013) 1, pp. 179-207; G. Dodaro, *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, in «Rivista italiana di medicina legale», (2011) 6, pp. 1483-1518.

²⁰¹ Cfr. su ciò: M.G. Giannichedda, *La salute mentale e i diritti della persona*, in L. Canovacci (a cura di), 1978-2008: *Trent'anni di sanità fra bioetica e prassi quotidiane*, Commissione Regionale di Bioetica della Toscana, 2010; C. Petrini, *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*, in «Ann. Ist. Super Sanità», 49 (2013) 3, pp. 281-285; Cfr. anche F. Maisto, *Imputabilità e vulnerabilità*, in «Quaderni di SOUQ», Centro Studi Sofferenza Urbana, (2011) n. 4: http://www.souqonline.it/home2_2.asp?idpadre=822&idtesto=816#.WND27281_IU (ultima visualizzazione gennaio 2017).

²⁰² Cfr. J. Conolly, *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*, Smith Elder & Co, London, 1856; P. Cipriano, *La fabbrica della cura mentale*, Eleuthera, Milano 2013.

²⁰³ Petrarca, *I pazzi di Grégoire*, cit., p. 147 (corsivo mio). Grégoire incalza: «in Africa non trovate mai un ospedale che prende i malati mentali. Al massimo, ma è una rarità, si costruiscono centri, come carceri, lontani dalla città, perché i malati mentali sono considerati come spazzatura da nascondere». Ivi, p. 148.

retroterra nella tradizione culturale di cui non solo la popolazione, ma *anche lo Stato* si fa portavoce.

S'intende, allora, che la motivazione principale, che va affiancata a quella economica ora recuperabile, dell'atteggiamento indisponibile dello Stato beninese nei riguardi dei malati mentali va rintracciato proprio nella tradizione culturale, foriera di tabù e stigma che non condizionano solo i comportamenti degli abitanti dei contesti tribali, ma sinanche quelli della politica.

Adesso è possibile proporre un indirizzo del cambiamento non passante solo per l'evidente asserzione relativa alla necessità di un rivolgimento economico mondiale che tuteli i Paesi in via di sviluppo, ma che, a partire dalla situazione attuale e contingente del Bénin, si incammini per strade alternative con l'obiettivo di porre un freno alla negazioni dei diritti che involve la maggior parte dei malati e, nel caso di specie, quelli mentali. In tal senso il problema centrale, ovvero quello della contenzione in Bénin perpetrata attraverso l'incatenamento del malato o la somministrazione di eccessive dosi di calmanti, – e in molti altri posti del mondo in cui ancora detta prassi inumana è praticata²⁰⁴ –, può essere posto sotto una luce nuova.

Se è vero, infatti, che l'atteggiamento della politica e della popolazione ha una matrice culturale e che tale cultura è estremamente difficile da eradicare, non sarà certo un nuovo principio teorico a smuoverla. È difatti errato pensare che il mutamento auspicato possa provenire solo dalla ratifica di Carte internazionali: il contesto di riferimento ha un'identità molto forte e si avvale di categorie ben diverse rispetto a quelle occidentali, sicché nella maggior parte dei casi l'assunzione di Carte dei diritti si rivela solo una testimonianza – tutta teorica – di riuscire ad essere al passo con i tempi. Nella maggior parte dei casi i principi enunciati da quei pronunciamenti restano proclami moralistici che si fermano al piano teorico; certo la coscienza di alcuni si accresce, ma è difficile che bastino per mutare la mentalità locale. A tale scopo è necessario muovere dall'*azione pratica* che si proponga di scalfire una tradizione non più proponibile a colpi di testimonianze empiriche riconoscibili, ovvero mostrando che esistono *alternative* alla prassi del passato, più vantaggiose per tutti: solo così, adducendo prove concrete, è possibile incamminarsi verso il mutamento teorico e culturale.

²⁰⁴ Cfr. Human Rights Watch, *Like a death sentence. Abuses against Persons with mental disabilities in Ghana*, 2 October 2012: <https://www.hrw.org/report/2012/10/02/death-sentence/abuses-against-persons-mental-disabilities-ghana>; Id., *Chained like Prisoners. Abuses Against People with Psychosocial Disabilities in Somaliland*, New York, 25 October 2015: <https://www.hrw.org/report/2015/10/25/chained-prisoners/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-somaliland>; Id., *Somaliland: People with Disabilities Abused, Neglected*, New York, 25 October 2015: <https://www.hrw.org/news/2015/10/25/somaliland-people-disabilities-abused-neglected> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

3 . Il metodo alternativo di Grégoire Ahongbonon

È accaduto spesso nella storia del mondo che i popoli paria, senza diritti, apolidi, stringendosi calorosamente per difendersi contro il mondo che li perseguitava, sviluppassero qualità umane sublimi, come la compassione, l'altruismo o la solidarietà: come Philippe Pinel nel contesto della Rivoluzione Francese liberò i folli dalle catene, così Grégoire Ahongbonon, rivoluzionario beninese, ha scelto di dedicare la sua vita a slegare i malati mentali dagli alberi e guidarli alla conquista dei diritti.

In un'intervista concessa in via del tutto eccezionale al prof. Enrico Di Salvo, Suor Julia Aguiar, di cui abbiamo già avuto modo descrivere la straordinaria attività, spiega:

«Grégoire è l'Amico, il Padre di tutti i malati mentali del Bénin, per non dire di tutta l'Africa dell'ovest. Grégoire è un po' il nostro pungolo e il nostro modello nella fiducia assoluta nella Provvidenza. Immaginate un uomo che aveva come unica competenza quella di riparare le ruote alle macchine e che ha aperto, alla data attuale, decine di centri di assistenza e riabilitazione dei malati mentali in Costa d'Avorio, in Bénin, in Togo e in Burkina Faso. La sua grande intuizione: i malati mentali hanno innanzitutto bisogno d'Amore! Ed è questo che testimonia dinanzi ai più grandi psichiatri, stupiti dai suoi risultati, in Africa, in Europa e in Canada. È stato lui a farci conoscere questi malati "i più poveri tra i poveri" come dice giustamente (...). Grégoire ci ha insegnato a non aver paura di loro e a guardarli come dei malati tra altri malati»²⁰⁵.

Grégoire Ahongbonon, l'africano che ha svelato la crudeltà del trattamento dei malati mentali in Africa, ha anche individuato una strategia di azione che consente il superamento dell'impasse tra rispetto di tradizioni culturali e dei diritti umani, riuscendo dove il Primo mondo tarda ad arrivare.

Nato nel 1952 in un piccolo villaggio del Bénin, Koutongbé, da una famiglia di contadini, nel 1971, come molti giovani del suo Paese, Grégoire emigra in Costa d'Avorio dove apprende il mestiere di gommista. In questo periodo conosce un tempo di prosperità economica come proprietario di taxi che lo porterà ad abbandonare la Chiesa Cattolica, alla quale era molto devoto, e ad assumere uno stile di vita feticista. Le successive difficoltà finanziarie lo condurranno al fallimento economico e personale al punto da precipitare in una profonda depressione che lo porterà a tentare il suicidio. Progressivamente conobbe un riavvicinamento alla Chiesa Cattolica, fino a quando, nel 1982, un pellegrinaggio a Gerusalemme determinò la sua piena conversione: l'ascolto della frase pronunciata da un sacerdote per la quale "ogni cristiano costruisce la Chiesa portando la sua pietra" fu per lui il

²⁰⁵ Chi parla è Suor Julia Aguiar alla quale viene chiesto dal prof. E. Di Salvo "Qual è il suo rapporto con Grégoire?". Cfr. *L'intervista* in E. Di Salvo, *Gbemontin. La vita ritrovata*, cit., pp. 61-111, ivi, p. 74.

principio *vocazionale* che destò in lui la determinazione di dedicare la propria vita alla ricerca della sua personale “pietra” che egli trovò incatenata ai piedi dei matti²⁰⁶.

Il meccanico originario del Bénin, di ritorno a Bouaké, in Costa d’Avorio, diede avvio ad un gruppo di preghiera a sostegno dei malati che ben presto, nel 1988, si formalizzò in un’Associazione di carità, la *St. Camille de Lellis*²⁰⁷, la cui attività, inizialmente orientata a sostenere i malati gravi in genere, poi i detenuti, solo in un secondo momento si rivolse ai malati di mente.

Grégoire ha più volte raccontato la sua storia di uomo, sempre con le stesse parole, quasi come fosse una preghiera, una nenia triste da ripetere quanto più spesso possibile, in espiazione di un male di cui, in fondo, tutti sono responsabili. La sua fede e la sua indignazione sono le forze motrici della sua opera che, ormai da più di trent’anni, dedica ai prigionieri della malattia mentale, restituendo loro il bene più prezioso: la dignità.

«Sono un povero riparatore di pneumatici, non so niente e non conosco niente, tutto quello che so fare è aggiustare le gomme delle automobili. Ho cercato Gesù Cristo nei poveri, negli oppressi e negli abbandonati (...). Nei nostri ospedali non c’è assistenza pubblica: se non hai soldi, non vieni curato, sei abbandonato, aspetti di morire. Abbiamo cominciato col lavarli, i malati (...). Quando sono entrato in ospedale e ho visto faccia a faccia i malati abbandonati, ho capito perché Gesù Cristo si è messo nei panni dei malati e degli abbandonati; e io mi sono messo a cercarlo in quelli che erano più malati e più abbandonati. Siamo andati nelle prigioni, che sono peggio degli ospedali (...). Mi sono detto: qualsiasi male abbiano fatto questi carcerati *restano uomini*. Se li offendiamo nella loro dignità di persona e li facciamo vivere peggio dei cani, noi offendiamo chi li ha creati. (...) Un giorno mentre ero per strada, vedo un malato [mentale], nudo, come era abitudine, che frugava nella spazzatura in cerca di qualcosa da mangiare. Ma quel giorno io l’ho guardato in un altro modo (...) mi sono detto: ma quel Gesù che cerco in chiesa (...) è il Gesù che soffre dentro questo malato? (...) Questi malati, al pari di tutti noi, cercano di essere amati»²⁰⁸.

Grégoire racconta che il Ministro della Sanità ivoiriano decise di mettergli a disposizione un ampio spazio per ospitare i malati mentali²⁰⁹ dei quali, solo dopo, dice:

²⁰⁶ Questo virgolettato rimanda ad un episodio che Grégoire racconta spesso nelle interviste: di ritorno dal pellegrinaggio a Gerusalemme fece tappa a Roma, dove il papa disse ai pellegrini raccolti in S. Giovanni in Laterano «Siete stati sulla tomba di Gesù, siete stati sulla tomba di Pietro, ora tornate a casa vostra, partecipate ognuno alla costruzione della Chiesa, ognuno di voi porti la sua pietra». Cfr. su ciò l’intervista che Grégoire concede al professor Petrarca, in V. Petrarca, *I pazzi di Grégoire*, cit., pp. 146-148 e 167. Si veda anche il sito dedicato all’opera di Grégoire, in cui è possibile leggere i numerosi articoli su di lui e un’intervista curata da padre Giacomo Bardelli: <http://www.gregoire.it/>. Cfr. M.-C. Brochereix, *Grégoire ou un autre regard sur les fragilisés de la vie*, pref. de J. Vanier, Nouvelle Cité, Bruyères-le-Châtel, 2010.

²⁰⁷ San Camillo, al quale è dedicata l’Associazione di Grégoire è un italiano del XVI secolo noto per il suo impegno incondizionato in favore dei malati, celebre è la citazione a lui ascrivita, riportata nella facciata del centro di Avrankou: “Avevo fame, ero nudo, malato e voi vi siete occupati di me”. Cfr. il sito dell’*Association Saint Camille*: <https://www.associationsaintcamille.org/>.

²⁰⁸ V. Petrarca, *I pazzi di Grégoire*, cit., pp. 146-147 (corsivo mio).

²⁰⁹ Il primo centro fu, infatti, aperto da Grégoire in Costa d’Avorio, a Bouaké nel 1994: «quando tornavo a casa, parlavo a mia moglie dei malati mentali che avevo conosciuto. Allora lei a un certo punto ha deciso di preparare

«ho scoperto la tortura: sì, la tortura. Quando voi vedete certe cose non potete più vivere come prima: uomini, donne, vecchi e bambini abbandonati, incatenati a un albero (...). Si parla dei diritti dell'uomo, ma di questi malati non si parla perché in Africa non hanno nessun diritto. Siamo andati perfino in Tribunale, abbiamo fatto denunce a tutti. Un giorno mi ha chiamato il Procuratore della Repubblica e mi ha detto "sono pazzi, che vuoi che facciamo?". Sono tutti d'accordo: dalla famiglia del malato fino al governo della nazione. A Korhogo preparavano la festa del Giubileo, nel 2000, e pulivano le strade. I camion che raccoglievano la spazzatura raccoglievano pure i malati mentali: gli spazzini li vedevano nudi e sperduti accanto alla spazzatura e caricavano malati e spazzatura per gettare tutto nella foresta. Gli spazzini avranno ricevuto un ordine: non c'era differenza fra malati mentali e spazzatura»²¹⁰.

Grégoire non si arrende ed è solo per la sua folle tenacia che, ad oggi, l'Associazione da lui fondata può vantare decine di centri di accoglienza e lavoro, ambulatori di salute mentale in Costa D'Avorio²¹¹, Bénin²¹², Burkina Faso²¹³ e Togo²¹⁴.

qualcosa da mangiare, ogni giorno, così io di sera portavo loro da mangiare e siamo diventati amici. Nell'ospedale grande, dove andavamo a trovare i malati normali, c'era un piccolo bar. Abbiamo chiesto al direttore di cederlo a noi e l'abbiamo trasformato in una cappella. E in questa cappella abbiamo cominciato ad accogliere i primi malati mentali. Una volta il ministro della Sanità ha fatto visita all'ospedale. Il direttore lo ha portato dai malati mentali che stavano nella cappella e lui è stato così contento che noi gli abbiamo chiesto un posto più grande. Lui non ha perso tempo e dopo un poco abbiamo avuto a disposizione uno spazio di 2.400 metri quadri, sempre all'interno dell'ospedale. E là abbiamo creato il nostro primo centro» Ivi, pp. 147-148.

²¹⁰ Ivi, p. 148.

²¹¹ In Costa d'Avorio il primo centro di accoglienza di Bouaké fu aperto nel 1994 e a tutt'oggi consente di ospitare oltre 250 malati. Vicino Bouaké fu aperto l'Ospedale Saint-Camille nel quartiere Nimbo nel 1998, i centri di reinserimento di Bouaké, di Dar-es-Salam, creati nel 1996 ove si trovano centri agricoli e panetterie, i centri di reinserimento di Sessekro, di Belleville e di Kouassiblekro (dove si pratica l'allevamento). Più a nord, a Korhogo, nel 2000 è stato creato un Centro di accoglienza e uno di reinserimento (per agricoltura e allevamento). Ad est, a Bondoukou, è stato aperto nel 2004 un Centro di accoglienza. Inoltre 28 sono i centri di recupero diffusi su tutto il Paese. Cfr. P. Morin, C. Attoungbre, B. Dallaire, *The Association St. Camille De Lellis in Côte D'Ivoire: Innovations, Potential, and Limits of a Practice Coming from The "Wretched of the Earth"*, in «Canadian Journal of Community Mental Health», 21 (2002), 2, pp. 151-160.

²¹² In Bénin vi sono cinque centri della Saint Camille, il primo è stato costruito nel 2004. Chi scrive ha avuto il privilegio di visitare quello di Avankou, dove sono stati intervistati la direttrice Béatrice e due ex malati mentali, Leonie e Raymond. Cfr. interviste *infra*, pp. 460-473. Il centro di Accoglienza di Avrankou è situato a 15 minuti da Porto-Novo, capitale del Bénin e ad un'ora da Cotonou. Il centro accoglie tra 200 e 250 pazienti ospedalizzati. La durata dell'ospedalizzazione può durare da qualche settimana a più anni. Il centro è posto di fronte ad un centro di Consultazione, dove ai pazienti stabilizzati vengono somministrati i trattamenti mensili. Il centro si avvale dell'impegno di due infermiere, personale paramedico, cuochi e aiutanti che nella maggior parte dei casi sono ex malati. Solo ad Avrankou, dalla sua apertura nel 2004, 12.400 pazienti sono stati trattati. In prossimità si trova un Centro di Reinserimento di Dambodji che permette ai pazienti stabilizzati di lavorare o di imparare un mestiere (c'è una panetteria, un laboratorio di cucito, un laboratorio di pittura sul batik, una scuola per parrucchieri, un negozio di succhi frutta e un allevamento di maiali, galline e conigli). Nella stessa provincia, ad Adjarra, si trova un Centro medico (di oftalmologia, di medicina generale e maternità), aperto nel 2013 che ha già permesso di effettuare più di 3400 consultazioni di medicina, 2500 di maternità e 350 parti. Al centro del Paese, a Bohicon di Abomey, il Centro di accoglienza, creato nel 2006 accoglie oltre 200 malati. Dalla sua apertura 8900 malati sono stati curati. Il Centro di reinserimento è specializzato nei lavori agricoli. Al nord del Paese, a Djougou, il Centro Louis-Marie Grignon di Montfort è stato creato nel 2010 ed accoglie 250 malati. Dalla sua apertura quasi 2600 malati sono stati curati. Cfr. *Rapport des activités de la Saint Camille au Bénin du 2014* : <http://www.amis-st-camille.org/pdf/rapports/benin-rapp.activ.2014.pdf> (ultima visualizzazione febbraio 2017)

²¹³ In Burkina Faso dall'Associazione Saint Camille nel febbraio 2015 è stato aperto il centro a Bobo-Dioulasso. Cfr. <http://lesamisdegregoire.fr/category/realisation> (ultima visualizzazione febbraio 2017).

Grégoire ha messo in campo un innovativo meccanismo coerente e funzionale di recupero della salute mentale dagli esiti del tutto inaspettati. Il principio cui si ispira la metodologia dei progetti riabilitativi promossi da Grégoire sono:

1. *Chiedere l'assenso per la liberazione del malato mentale alla tribù di appartenenza.*

Grégoire è un uomo semplice, ma molto acuto: è del tutto consapevole che se decidesse di punto in bianco di liberare tutti i pazzi che incontra, mosso dall'impeto di rabbia e dolore che dovrebbe animare la coscienza di tutti, i familiari disconoscerebbero in via definitiva il proprio caro, condannandolo ad un destino di abbandono, come sa che se solo pensasse di ricondurre forzatamente il malato in famiglia, minacciando di denunciarne i membri e, dunque, imponendo loro di tenerlo presso di sé, probabilmente esporrebbe tutti al gravoso onere di doversi rendere responsabili dell'eliminazione fisica di chi non può essere accolto perché considerato pericoloso – in senso spirituale e non – per la vita del gruppo. Invece Grégoire inizia una “contrattazione”: chiede un incontro con il capo tribù e suoi consiglieri, domanda loro di consegnargli il malato per sottoporlo ad un iter di cure gratuite. Tuttavia pone una sola clausola: chiede ai familiari di andare a trovare periodicamente il proprio caro nei suoi Centri di accoglienza e, solo nel caso in cui dovessero sincerarsi di un pieno recupero delle funzioni che consentirebbero al malato di condurre una vita “normale”, dovranno riaccoglierlo presso di sé. Molto spesso le famiglie ne sono felici: alcune perché sperano che Grégoire abbia poteri di esorcismo e possa liberare i malati dagli spiriti maligni che li abitano; altre perché possono liberarsi dal dovere (im)morale di gettare un po' di cibo al randagio legato fuori dall'abitato come un cane alle intemperie, con il rischio di essere contagiati; altre ancora per essere esentate dalla corresponsione mensile di ingenti somme di denaro ai guaritori o alle sette che hanno in cura gli ammalati²¹⁵. Più difficile è quando il malato è già stato consegnato ai guaritori o alle sette che non sono disposte a lasciar andare l'introito che il malato per loro rappresenta e che, arrogandosi la pretesa della decisione sanitaria, nella

²¹⁴ In Togo il primo centro di accoglienza è stato aperto a Kpalimé nel Natale del 2016. Cfr. <http://lesamisdegregoire.fr/> (ultima visualizzazione febbraio 2017).

²¹⁵ Grégoire vorrebbe che l'Assemblea Nazionale adottasse una legge in repressione della persecuzione dei malati mentali. Il suo bersaglio principale sono le sette millenariste, di ispirazione americana, dedite a pratiche non convenzionali, come una tale *Alliance chrétienne et missionnaire* che ha impiantato installata non lontano da Bouaké, un centro di preghiera. Case in terra battuta e una ventina di alberi ai quali sono incatenati i matti con i piedi in manette. Malati mentali diviene sinonimo di prigionieri. Picchiati per far allontanare i demoni, li obbligano a digiunare, non danno loro da bere al punto che li obbligano a bere le proprie urine Cfr. su ciò T. Kouamouo, *En Afrique, Grégoire aide ceux dont personne ne veut: les fous*, in «Le Monde» 19 giugno 2002: http://www.lemonde.fr/archives/article/2002/06/19/en-afrique-gregoire-aide-ceux-dont-personne-ne-veut-les-fous_3546236_1819218.html?xtmc=&xtr=17 (ultima visualizzazione gennaio 2017) e B. Carey, *The Chains of Mental Illness in West Africa*, in «The New York Times», 12 ottobre 2015: https://www.nytimes.com/2015/10/12/health/the-chains-of-mental-illness-in-west-africa.html?_r=0 (ultima visualizzazione gennaio 2017).

maggior parte dei casi non accordano il consenso alla liberazione. In questi casi la situazione diviene difficile, ma Grégoire è un uomo caparbio²¹⁶. Del resto oramai è conosciuta la sua opera e sempre minore è l'ostracismo che incontra. Inoltre, dopo aver effettuato il passaggio fondamentale di aver chiesto il permesso ai tutori, Grégoire non trascura mai di rivolgersi al malato stesso, restituendo così *a lui* quella identità e quell'autodeterminazione rispetto alle cure, che gli appartiene: lo chiama per *nome*²¹⁷ e gli *chiede* se ha voglia di seguirlo. La risposta è sempre positiva. Attonita, ma positiva.

2. *Liberare gli uomini dalle catene.* Grégoire mostra ai malati di non aver paura di loro: inizia subito a toccarli, a tagliare loro i capelli sudici, a lavare le lorde membra e li aiuta ad indossare dei vestiti. La condizione animale lascia il posto ad un recupero di umanità che avviene dinanzi agli occhi stupiti e divertiti degli abitanti del villaggio, incantati da uno spettacolo che per loro ha del surreale. I matti inizialmente hanno paura, ma presto si accende nei loro occhi una luce nuova, quando avvertono di essere presi in considerazione come *persone*.

Con rassicurante calma Grégoire inizia a liberare i corpi degli imprigionati in catene che ricordano i secoli maledetti della schiavitù, ma troppo spesso gli arti, dopo decenni di prigionia, sono ormai anchilosati o irrimediabilmente compromessi da piaghe purulente e

²¹⁶ Cfr. intervista a Beatrice, Direttrice del Centro Saint Camille De Lellis di Avrankou: «C- Cosa Grégoire dice al capo tribù per poter prendere con sé il malato? I2- Dipende, non è sempre semplice per Grégoire liberare i malati mentali: se i parenti accettano e se accettano di rivolgersi al guaritore tradizionale per *negoziare* con lui la possibilità di affidare il malato a Grégoire, allora lui potrà sperare di prenderlo con sé, ma se è lo stesso Grégoire che va a chiederlo, non sarà possibile, il guaritore non accetterà. C- È quindi il guaritore che decide? I2- No, sono i familiari che decidono. Ma i guaritori non accettano di buon grado che Grégoire liberi dalle catene i malati. C- Dunque cosa accade? I2- Il guaritore dice che Grégoire, con il suo liberare il malato, interrompe e frena l'azione di guarigione da lui intrapresa. C- Dunque è importante che i parenti si convincano e vadano a negoziare con il guaritore prima che Grégoire liberi il malato? Per chiarire: Grégoire parla con la famiglia, la famiglia con il guaritore ed è lui, in ultima istanza, che deve dare il suo consenso alla liberazione? I2- Esatto. Anche se in molti casi sono gli stessi familiari che vanno a cercare Grégoire. Quando lui arriva al villaggio domanda dov'è il malato e i familiari gli spiegano che il malato è presso il guaritore, incatenato. Grégoire va dal guaritore per liberare il malato. Se è possibile Grégoire parla con il guaritore e gli spiega che vorrebbe prenderlo con sé. Non è certo facile. Grégoire vede malati in condizioni abominevoli e vorrebbe liberarli tutti, ma in alcuni casi accade che i guaritori si rifiutano di accordargli il *consenso*, il che obbliga Grégoire a lasciar perdere. C- Grégoire non si ostina finché non liberano il malato? I2 – Ci sono dei casi in cui non c'è niente da fare, ad esempio quando sia i familiari sia il guaritore rifiutano categoricamente». *Infra*, pp. 462-463.

²¹⁷ Il chiamare l'altro per nome, riconoscergli un'identità, un *volto* e, così, restituirlo all'autocoscienza, alla vita che è vita responsabile dell'altro, porta alla mente le riflessioni del filosofo Lévinas, sul quale non è possibile intrattenersi oltremodo. Si rimanda pertanto alla sua straordinaria opera; in part. cfr. É. Lévinas, *Alterité et transcendance*, intr. P. Hayat, Fata Morgana, Montpellier, 1995; tr. it. *Alterità e trascendenza*, tr. it. S. Regazzoni, Il Melangolo, Genova, 2006; Id., *Éthique et infini*, Fayard, Paris, 1982; tr. it. *Etica e infinito. Il volto dell'altro come alterità etica e traccia dell'infinito*, tr. it. E. Baccarini, Città Nuova, Roma, 1984; Id., *De l'existence à l'existant*, M. Dauer, Paris, 1947; tr. it. *Dall'esistenza all'esistente*, premessa di P.A. Rovatti, Marietti, Casale Monferrato, 1986; Id., *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Martinus Nijhoff, La Haye, 1974; tr. it. *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, tr. di S. Petrosino – M.T. Aiello, intro di S. Petrosino, Jaca Book, Milano, 2011; Id., *L'humanisme de l'autre homme*, Fata Morgana, Montpellier, 1972; tr. it. *L'umanesimo dell'altro uomo*, trad. e intro. di A. Moscato, il Melangolo, Genova, 1985.

verminose dovute all'immobilità: non si tratta solo di spezzare catene simboliche, ma di rompere catenacci, staffe, corde dure da morire.

Grégoire racconta con parole che sono come lame l'esperienza più dura alla quale abbia mai assistito:

«Un giorno una donna mi corre incontro e dice “vieni al villaggio, mio fratello è incatenato e i vermi se lo stanno mangiando”. Era di Borobo, che non è lontano da Bouaké, ci mettiamo in macchina e andiamo. Non c'è quasi nessuno al villaggio, tutto è tranquillo, seguo la donna verso una capanna, non era molto distante dalle altre, sembrava una capanna normale, ma si sentiva già cattivo odore. Lì dentro c'era un ragazzo steso a terra, i piedi l'uno sull'altro legati alle caviglie con il fildiferro e le braccia assicurate a due grandi pietre, sempre con il fildiferro stretto intorno ai polsi. Non aveva più i muscoli del sedere, i vermi se li erano mangiati. Ho chiesto aiuto a Gesù Cristo per non vomitare, ma piangevo, piangevo mentre lo liberavo. Non c'era più niente da fare, ormai il corpo era già quasi per intero putrefatto, ma insieme, con la sorella, l'abbiamo pulito come potevamo, gli abbiamo dato sollievo, l'abbiamo fasciato, rasato, lui capiva che era di nuovo diventato un uomo. Ho preferito non spostarlo da lì, per non farlo soffrire ancora di più, inutilmente. Ho pulito la capanna e ho fatto in modo che fosse meglio riparata dal sole. Ci andavo e ci passavo più tempo che potevo, già nella prima contrattazione con i genitori m'ero preso l'incarico di cambiargli le bende e di portargli da mangiare e bere. È spirato in pochi giorni, ma da uomo, gli stavo accanto, aveva ventiquattro anni. Ho preso il corpo e l'ho portato dalla madre. Le ho detto: “sei tu che lo hai messo al mondo?”, lei dice sì. E allora io dico: “avresti dovuto avvelenarlo, fargli tagliare il collo col machete, dargli una botta in testa, ma perché farlo morire a poco a poco, mangiato dai vermi?”. Quella donna mi guardava e non parlava, non aveva nessuna espressione, mi ha disarmato, non riuscivo più a provare rancore contro di lei, là ho capito che è vero che *non possiamo giudicare*, ma chiedere misericordia, pietà, pietà di noi»²¹⁸.

3. *Introdurli in un contesto familiare*. Grégoire libera gli “schiavi” del male, ma non li consegna ad una libertà che non è mai loro appartenuta e di cui sicuramente non saprebbero servirsi: li prende con sé e non c'è altro posto in cui vogliano andare. Agli s-catenati viene posto un tetto sulla testa, dato un letto dove dormire ed una casa di cui sentirsi i liberi abitanti, dove vivere insieme con gli altri, anch'essi membri di un tutto unico ed unito. Grégoire ha, infatti, inteso prima di tutti che la *dissociazione* dal contesto familiare di appartenenza – che fin qui abbiamo definito esclusione –, l'essere esiliato e clandestino nella propria terra, corrobora ed acuisce la dissociazione psichica e nevrotica dei malati. Pertanto superare l'atomizzazione e l'isolamento è un elemento strutturale non solo per la restituzione dell'individuo ad un'esistenza umana che è intrinsecamente coesistenziale, base di ogni terapia psichiatrica efficace, ma anche per la sua identificazione in quanto malato e non più come posseduto. Significativamente i centri di Grégoire si trovano sempre in città, mai in

²¹⁸ V. Petrarca, *I pazzi di Grégoire*, cit., p. 168 (corsivo mio).

periferia, così gli ammalati possono percepire di non essere più da allontanare perché “contagiosi” o pericolosi e il gruppo dei sani possa avvedersi del loro essere “normali” soggetti patologici: l’accoglienza offerta da Grégoire non riguarda più questioni religiose, dilemmi morali, conflitti familiari, ma addivene problema medico affrontato secondo i principi dell’etica orientata all’autodeterminazione e valorizzazione della persona. Difatti i suoi Centri non sono luoghi ove si perpetua un internamento improduttivo e sterile, né si continua la prassi della contenzione meccanica e farmacologica che talvolta persiste nei centri pubblici: la strategia di cura promossa dalla Saint Camille introduce i soggetti in un contesto collettivo ove i medici, gli infermieri e i volontari sono chiamati ad essere per i pazienti “genitori” e “parenti” prima che professionisti di modo che, dopo lo shock del rifiuto, dell’emarginazione e dell’abbandono subiti, essi possano sentirsi rassicurati ed amati. Questo non vuol dire, però, che nei centri di Grégoire viga un’etica medica di tipo paternalistico: l’atmosfera familiare che si respira nei centri è ben altra cosa rispetto all’obbedienza dovuta al medico percepito come dispotico genitore, nel pieno possesso delle facoltà di ragione, di cui il malato, equiparato ad un infante, minore e minorato, si ritiene privo, degradandolo ad *animal* ancorché privo di *ratio*. Piuttosto la familiarità, che è la vera medicina dei pazzi, che si crea tra i membri della Saint Camille, tutti considerati uguali in umanità, si nutre di *fiducia* reciproca, laddove il personale sanitario rappresenta una guida affinché i malati trovino in se stessi la *motivazione* per guarire.

4. *Intraprendere un iter terapeutico, fondato su un approccio “etico” alla cura.* Nei Centri della Saint Camille i malati vengono visitati da uno psichiatra e, solo in seguito alla visita medica (*consultation*), ricevono la prescrizione del trattamento farmacologico idoneo che viene loro fornito gratuitamente e che, il più delle volte, consente all’ammalato un pieno recupero della propria salute mentale²¹⁹. Evidentemente i farmaci calmanti, soprattutto nella prima fase del trattamento, inducono in molti pazienti un torpore misto a sopore: ma non bisogna lasciarsi stupire – come pure è accaduto a chi scrive – da tale circostanza: a differenza

²¹⁹ Cfr. Annie Pellettier, psicologa del Canada, volontaria ad Avrankou: «I- Si tratta di un buon livello di cure, c’è anche un medico che viene dal Canada e che si chiama Benoit Allacon che viene qui ogni anno a formare il personale, soprattutto gli infermieri per quanto concerne la somministrazione dei farmaci e la diagnosi di cura. Ci sono anche degli psichiatri che formano il personale. C- Sono tutti volontari? Non vengono pagati per i loro servizi? I- Sì, nella maggior parte dei casi i formatori sono volontari, ma ci sono anche lavoratori salariati. C- Come fa Grégoire a mantenere tutto questo? È davvero tutto gratuito? I- Sì, ci sono molte persone che fanno dei doni. In più la comunità vive anche con i prodotti dell’agricoltura e dell’allevamento del Centro di Reintegrazione. E poi, anche se i malati non pagano le medicine, a volte corrispondono piccole somme per la consultazione, circa 2000 franchi CFA. C- Se un malato non ha la possibilità di pagare le consultazioni? I- Gli vengono comunque donati i farmaci. Il denaro è solo una forma di contribuzione a questa straordinaria opera, non è obbligatorio, ma è suggerito per poter continuare a nutrire ad esempio le persone che sono nel Centro di Accoglienza». *Infra*, p. 468. La psicologa canadese appartiene all’Associazione *Les amis de la Saint Camille* che profonde un significativo impegno per sostenere l’opera di Grégoire cfr. <http://www.amis-st-camille.org/>.

del trattamento fitoterapeutico dei guaritori che induce ad una sedazione senza prospettiva di miglioramento, la terapia calmante dei Centri di Saint Camille è razionalizzata e, soprattutto, temporanea. Del resto «le medicine occidentali sono forse gli unici rimedi possibili: normalizzano ogni differenza, determinano la tensione dei nervi della faccia, il modo di muoversi e di parlare, ogni mezzo che abbiamo per comunicare»²²⁰. Questo, tuttavia, non basta. La straordinarietà del metodo messo a punto da Grégoire e dalla sua équipe sta, infatti, proprio nel corroborare l'efficacia terapeutica con il supporto etico: al suo centro vi è la *relazione* interpersonale, tra malati e tra questi e gli operatori sanitari, che rappresenta la vera congiunzione di *to cure* e *to care*. L'essere inseriti in un contesto reciproco di riconoscimento e di rispetto infonde ai malati fiducia in se stessi e negli altri; rappresenta per loro la possibilità di fare ingresso in una dimensione collettiva, funzionale, secondo la mentalità africana, alla restituzione di senso all'individualità che, come detto, rintraccia la sua ragion d'essere solo nell'appartenenza ad un gruppo. A ciò si aggiunga che la Saint Camille ha una connotazione profondamente cristiana il che, non ponendosi in maniera escludente né esclusiva, può essere un fattore positivo ulteriore per il malato che, affidandosi con speranza alla misericordia del Dio cristiano, può sentirsi meno solo durante il cammino, non facile, del suo *ritrovamento*. Il malato, infatti, è colui che *si è perso*, ha smarrito il proprio autocentramento e la direzione di vita, è colui che, messo fuori dal suo *io*, sbanda e vaga alla ricerca di se stesso e che può sperare nella guarigione solo se riconoscerà, riflessa negli sguardi rassicuranti di persone amiche, delle quali si fida e con le quali ha confidenza, un'immagine che riconosce essere *sua*.

5. *Promuovere la riabilitazione dei malati di mente attraverso il lavoro o le occupazioni quotidiane.* Nei Centri, che si ripartiscono in Centri di degenza (*Centres d'Hébergement* o *d'Accueil*) e Case di lavoro (*Centres de Réinsertion*), si cerca di occupare la vita dei malati affidando loro dei compiti di responsabilità che hanno un'utilità collettiva: in questo modo si riesce a restituire alle persone una significativa fiducia in se stesse e nelle proprie capacità, mostrando loro che, a dispetto dei giudizi del mondo, sono ancora in grado di svolgere mansioni importanti per la vita di tutti. Non appena li considera pronti Grégoire chiede ai pazienti in via di recupero quale fosse il loro lavoro prima della malattia: suo desiderio è, infatti, che essi continuino le attività che svolgevano prima che la malattia mentale si palesasse in maniera acuta; suo obiettivo è che essi ritrovino la propria professionalità e si avvalgano delle proprie abilità, riprendendo a fare ciò che sta loro a cuore e li gratifica. Si assiste così ad un vero e proprio reinserimento dei malati in un contesto sociale finalizzato

²²⁰ V. Petrarca, *I pazzi di Grégoire*, cit., p. 136.

alla valorizzazione umana e professionale. Pertanto anzitutto si chiede agli utenti dei Centri di collaborare per il sostentamento della comunità: gli ammalati cucinano, puliscono, sono messi a loro disposizione allevamenti di animali (polli, conigli, maiali e capre), panifici, laboratori di tessitura, terreni per la coltivazione di mais, manioca, ignam, soja, di modo che i prodotti del loro lavoro possano essere consumati ed utilizzati nei centri, ma anche venduti nei territori limitrofi di modo che con il ricavato si possano acquistare i farmaci necessari ai bisogni di malati ed ex malati, atteso che la terapia psichica è, prevalentemente, cronica²²¹. Talvolta li si manda a scuola, ma nella maggior parte dei casi si insegna loro un mestiere e li si “assume” di modo che essi possano ricevere una legittima retribuzione economica. Inoltre molti ex malati diventano infermieri ed assistenti nei centri dove sono stati curati e il loro desiderio più grande diviene quello di andare a liberare i malati ancora incatenati. Invero la presenza degli ex malati nei Centri ha un ruolo estremamente prezioso nella metodologia di cura di Grégoire: essi, infatti, più di ogni altro, consentono al malato di sortire dall’autoconvincimento pregiudiziale di essere abitati da potenze maligne, giacché sono la prova vivente e la manifestazione tangibile che esiste anche per loro una vita dopo la malattia.

6. *Reinserimento nella comunità di appartenenza.* Il merito più significativo dell’azione di Grégoire è ricondurre gli ex malati nella propria tribù che, nell’ottica della teoria dell’identità collettiva propria di molte comunità africane, vuol dire consentire loro una piena riappropriazione del se stesso più autentico. Si è detto, infatti, che quando Grégoire libera un ammalato stipula un patto con il capo tribù: lui non chiede esborsi per le cure, ma pretende che qualcuno del villaggio, magari un familiare del malato, si impegni ad andare a trovarlo in comunità. Tali visite periodiche consentono ai membri del gruppo di prendere atto degli avanzamenti delle terapie riabilitative e del grado di autonomia raggiunto dagli ex ammalati (spesso derivante da semplici cure farmacologiche proseguibili “a casa”). Una volta dimostrata la guarigione, ovvero inteso che gli ammalati non sono più un pericolo e che, anzi, sono stati introdotti ad un mestiere, le famiglie comprendono che gli ex matti possono contribuire alla crescita di quella società che prima li emarginava e si dicono pronti a riprenderli con sé²²².

²²¹ Cfr. interviste ai due ex malati mentali Raymond e Léonie, *infra*, pp. 471-473.

²²² Cfr. Intervista al fotografo canadese incontrato ad Avrankou: «I- ho conosciuto Grégoire, ma non ho mai assistito alla liberazione d un malato. Ho conosciuto molti, però, che sono stati legati per anni: quel ragazzo (indica un giovane) è stato legato ad un albero per 8 anni ed ha solo 25 anni circa. In effetti lui percepiva l’essere legato come un sollievo perché la famiglia continuava a prendersi cura di lui e non poteva essere un pericolo né per se stesso né per gli altri. Quando è stato portato qui ha visto la differenza di trattamento e si è sentito di gran lunga meglio, ha capito che nulla era concluso: è stato per lui come un nuovo inizio. C- Pensa dunque che qui i malati stiano bene? I- Indubbiamente: il ragazzo di cui parlavo adesso ha un lavoro, una sua famiglia, è iniziata la vita per lui. C- Io, in verità temo vi sia un’eccessiva somministrazione di pillole: moltissime persone dormono

Ad oggi Grégoire ha liberato migliaia di persone, molte delle quali sono state reinserite nei villaggi di provenienza (l'80% secondo la Direttrice del Centro di Avrankou, anch'essa ex malata mentale²²³), pur restando a carico dell'Associazione per i trattamenti farmacologici. Lo stigma e l'atteggiamento di sospetto nei confronti del malato mentale talvolta persiste, ma è proprio il suo riscatto economico e lavorativo che lo rende agli occhi della comunità *liberato*, normalizzato, il che ne consente il reintegro. Quando ciò non accade, ovvero quando le famiglie continuano a considerare il malato fonte di maleficio e sventura, Grégoire non li abbandona e li tiene come lavoratori presso di sé²²⁴.

Tuttavia la circostanza per la quale è il lavoro riabilitante uno dei poli dirimenti del metodo di Grégoire lascerebbe emergere un dubbio: il malato impossibilitato a lavorare, che presenta un ritardo o una menomazione sì grave da non avere significative possibilità di contribuire alla produzione o al guadagno, né di condurre una vita "normale", non ha speranza di essere riaccolto nella comunità? Onde ridimensionare questo problema è infaticabile l'azione della Saint Camille per sensibilizzare le famiglie e le comunità locali all'inquadramento della malattia mentale da un punto di vista non più religioso, ma clinico²²⁵. Il che è non solo funzionale a disincentivare i trattamenti di contenzione, ma aiuta le famiglie a comprendere la necessità di responsabilizzarsi anche rispetto alle cure: la malattia mentale è, infatti, una patologia cronica, come il diabete e, pertanto, abbisogna di terapie

da ore e forse non si sveglieranno per i prossimi giorni, non crede? I-Forse sì, ma non è il mio campo e non saprei, ma è vero del pari che loro non stanno bene senza le pillole. Quando la dose è eccessiva dormono o sono seduti a non fare nulla, ma dopo un po' si rianimano e conducono una vita migliore di quella senza farmaci. In verità le grosse dosi di farmaci vengono somministrate solo all'inizio del percorso, ma in definitiva è certo molto migliore la loro vita qui che legati a tronchi di albero! C- Ha mai visto qualche malato che torna a casa e viene riaccolto dalla famiglia? I- Sì: è questo lo straordinario risultato di Grégoire. C- Gli ex malati vengono riaccolti, ma continuano ad essere percepiti con sospetto? I- No, nella maggior parte dei casi no, perché tornano a casa dopo un anno o due con un lavoro e perfettamente autonomi: non c'è motivo di temerli più e la famiglia ha avuto tutto il tempo per dimenticare il passato. Molto spesso le famiglie vengono qui, vengono a vedere il proprio familiare, possono rendersi conto delle differenze e sperano di riaverlo a casa». Cfr. *Infra*, p. 466.

²²³ Cfr. Intervista a Beatrice, *Infra*, pp. 460-465.

²²⁴ Intervista a Beatrice, *infra*, p. 464: «C- Quando un malato guarisce e vuole tornare nella propria tribù, quest'ultima è capace di accoglierlo come se nulla fosse accaduto, di considerarlo come una persona "normale" o resta una forma di sospetto nei confronti dei malati? I2- Il reinserimento [*la réinsertion*] del malato nella comunità di appartenenza è un po' delicato: a volte il malato viene accettato, altre volte no. E quando non viene accettato noi siamo obbligati a tenerlo qui presso di noi».

²²⁵ Cfr. intervista a Annie Pelletier, psicologa e sociologa canadese, volontaria ad Avrankou: «C- Qual è il suo ruolo presso le famiglie? I- Cerco, insieme con altri miei colleghi, di sensibilizzare i parenti alla malattia del loro prossimo, gli si spiega che è una malattia come il diabete che deve essere curata per sempre. C- Dunque vi recate presso tutti i villaggi limitrofi a fare sensibilizzazione o andate solo presso le famiglie dei malati ospedalizzati qui? I- Io personalmente mi occupo delle famiglie dei nostri malati, ma Grégoire ed altri fanno un'importante opera di sensibilizzazione per i villaggi vicini e lontani. Io non sono beninese e, dunque, per loro sono poco convincente rispetto ad un beninese che conosce la loro cultura, parla il fon, etc. C- Le famiglie fanno reticenza a lasciare che i loro malati mentali vengano slegati e condotti qui? I- In verità c'è molta fiducia nell'opera della Saint Camille, ormai se ne conosce il lavoro ed il valore. C- È ancora molto diffusa l'idea che i malati mentali siano posseduti da demoni? I- Sì, molti lo credono, ma non tutti, non più. A volte comprendono che si tratta di una malattia, ma infondo la considerano comunque un manifestarsi della cattiva sorte, della magia nera». cfr. *infra*, pp. 468-469.

ininterrompibili. È dirimente insistere su questo punto, giacché in molti casi dopo la guarigione i malati – riferendo ancora la malattia a credenze tradizionali – cessano di recarsi presso i dispensari della Saint Camille dove riceveranno gratuitamente i farmaci e si autoespongono al rischio del rimanifestarsi della malattia, il che sfiducia loro stessi e le famiglie rispetto alle cure moderne, conducendoli a rivolgersi nuovamente alla medicina tradizionale²²⁶. È pertanto fondamentale che la famiglia collabori con il malato nella gestione delle terapie, il che, invero, contribuisce a rafforzare il legame tra i membri del gruppo e incentiva la solidarietà verso coloro che sono riconosciuti come bisognosi di attenzioni e cure.

Nel complesso la metodologia di Grégoire è orientata alla valorizzazione e al benessere della persona, inteso in senso sia fisico che psicofisico, ma soprattutto alla restituzione al malato della sua *dignità* di persona e dei suoi *diritti*: il diritto alla casa, alle cure, alla salute, alla formazione, alla socialità qualitativa, più in generale alla vita o, meglio, il *diritto di avere diritti*²²⁷, prerogativa antepredicativa dell'umano.

E tuttavia, dopo trent'anni, ancora l'opera di Grégoire poggia sugli aiuti che pochi privati offrono a coloro che hanno deciso di dedicare la propria vita ad inter-rompere folli pratiche culturali che sono catene dell'umanità. È vero: gli edifici della Saint Camille sono stati donati, ma acqua, elettricità, medicinali, cibo costano non poco. Si pensi che solo i trattamenti si aggirano tra i 30.000 e i 40.000 franchi CFA al mese, che corrispondono a 40/60 euro, tutti a carico del Centro: un peso che dura per tutta la vita del malato che lo Stato non garantisce nel suo diritto alle cure. Invero, quando un parente porta un malato a fare una *consultation* al Centro, gli viene chiesto, se li ha, di devolvere 3500 franchi CFA, ma questo è solo un inizio: con questa somma si potrà coprire il primo periodo di cure, poi si dovranno cercare fondi e si potrà sperare che arrivino donazioni o che si riesca a portare avanti la vita dei Centri con i prodotti del lavoro dei pazienti in via di guarigione o degli ex malati, tenendo conto anche della necessità di pagare loro i legittimi salari.

²²⁶ Cfr. intervista a Raymond, ex malato mentale, ora panettiere della Saint Camille: « C- Salve Raymond, lei è un ex malato mentale, ha mai vissuto l'esperienza dell'incatenamento? I- No. La prima volta la malattia si è manifestata [*m'est arrivé*] nel 1994, ero a scuola in quarta della scuola secondaria, i miei genitori mi portarono al centro psichiatrico di Cotonou, il Jacquot, ma rifiutavo i trattamenti. C- Manifestava segni di violenza? I- Sì, ero molto violento. Colpivo chiunque mi fosse vicino. Non dormivo più, né di giorno né di notte. Dopo il trattamento ho ritrovato me stesso [*je me suis retrouvé*], ma l'ho abbandonato presto, ho smesso di prendere i farmaci. La malattia è ritornata. Così i miei parenti hanno pensato di rivolgersi alla medicina tradizionale (...). Dopo la cura tradizionale mi sono calmato un po', ma ho di nuovo abbandonato (...). Dopo, i miei genitori mi hanno condotto alla Saint Camille (...). Lì in tre mesi (gennaio, febbraio, marzo) ho ritrovato me stesso, nel 2007. (...) Ad oggi prendo regolarmente i medicinali, non sono più negligente. La malattia mentale è come il diabete, non puoi smettere di prendere le medicine». *Infra*, pp. 471-472.

²²⁷ Espressione, questa, proposta dalla filosofa H. Arendt ne *Le origini del totalitarismo* [1951], e da ripresa nel testo di S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2012.

A tutt'oggi Grégoire si dedica instancabilmente ad informare l'opinione pubblica africana ed europea della condizione inumana in cui vivono i malati mentali, attraverso la partecipazione a convegni, seminari, eventi in tutto il mondo, durante i quali presenta anche il suo modello terapeutico presentandolo come esempio di alternativa possibile all'esclusione sociale. Purtroppo troppo pochi si impegnano nell'aiuto all'opera di Grégoire il quale ha sempre demandato l'intervento in favore dei *dimenticati tra i dimenticati* alla Provvidenza, a Dio: egli, infatti, «usa il Vangelo come un manuale: ce l'ha a portata di mano, vi prende istruzioni»²²⁸, non ha mentalità imprenditoriale, dal che deriva un costante indebitamento, il sovraffollamento dei suoi centri e la – relativa – limitatezza di un'azione che *deve* avere una eco assoluta.

Nel 1998 a Trieste Grégoire ha ricevuto il *Premio Franco Basaglia*, il «I Premio Internazionale per la Lotta contro l'esclusione sociale: Migliore Esperienza», «*per aver dimostrato con la sua pratica di liberazione dalla contenzione e di emancipazione dei pazienti psichiatrici quanto la dignità ed il rispetto degli uomini e delle donne siano alla base di ogni intervento in Salute Mentale*»²²⁹. Questo spiega l'epiteto che lo accompagna, quello di “Basaglia nero”, difatti, come il promotore della legge italiana che abolì i manicomi con l'intento di riabilitare i malati mentali e reinserirli nella società attraverso il lavoro, Grégoire slega i malati mentali dalle catene e propone loro un iter etico-terapeutico orientato alla risocializzazione, invero riuscendo appieno nel suo intento: l'idea di porre le case di accoglienza nei centri cittadini e di lasciare i matti liberi, responsabilizzandoli con ruoli lavorativi, consente scambi quotidiani con gli abitanti del luogo il che vuol dire piena distruzione delle barriere che separano il malato di mente dalla società. Tale iter viene perpetrato talvolta meglio che in Occidente, al punto che gli è stato più volte chiesto di accogliere pazienti psichiatrici europei in Africa²³⁰.

A partire da quel pubblico riconoscimento, l'attività di Grégoire viene messa sotto gli occhi di tutti: si intensifica la sua propaganda relativa alla condizione dei malati mentali africani, spesso per conto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità il che, andandosi ad aggiungere ai diversi servizi televisivi e video che circolano sul web²³¹ e all'opera divulgativa

²²⁸ V. Petrarca, *I pazzi di Grégoire*, cit., p. 139.

²²⁹ <http://www.gregoire.it/uploads/Rassegna%20stampa/Premio%20Internazionale%20Franco%20Basaglia.pdf>

²³⁰ In un'intervista Grégoire, infatti, dichiara: «è venuto a trovarmi un signore francese che voleva mandare il figlio malato in Africa perché da cinque mesi è chiuso in un ospedale psichiatrico e non può nemmeno parlargli. Ho già accolto un francese e ha già ripreso a vivere la sua vita. Adesso è tornato dalla famiglia e aiuta la madre facendo piccoli lavori». S. Bizzi, *Gregoir, il Basaglia nero: «Slego dagli alberi i malati di mente»*, in «Il Piccolo», 19 Aprile 2015: http://www.provincia.gorizia.it/files/provgo_rassegna_it_16720_resource_orig.pdf.

²³¹ Les Oubliés- Grégoire Ahongbonon: <https://www.youtube.com/watch?v=eXJJTP2cXgE>; Grégoire Ahongbonon, St. Camille 2015 <https://www.youtube.com/watch?v=hVMKKQ7Sl-4>; Fous Errante, une autre vie

guidata anche dalla Società delle Missioni Africane²³², consente l'afflusso di non pochi aiuti provenienti dalle Ambasciate, dalle Organizzazioni non governative e da singoli privati di tutto il mondo.

Ma questo certo non basta. L'attenzione che i media hanno rivolto al problema ha ancora un raggio limitato, pare abbia una configurazione elemosinistica, certo non sufficiente per far fronte adeguatamente ad un problema di assoluta gravità e non postponibile urgenza.

4. Inclusione degli "scatenati" tra contestualismo e universalismo

In Bénin, ove gli animali si aggirano liberi e i malati di mente sono incatenati o in gabbia, dove la follia è considerata più contagiosa della lebbra, foriera di paure e timori radicati in credenze magico-religiose sì forti che influenzano non solo il popolo, ma anche l'atteggiamento dello Stato che si fa cieco dinanzi all'intrapresa di iniziative politiche specificamente rivolte ai malati mentali, si rende particolarmente manifesto il dilemma etico tra "contestualismo" e "universalismo", scelto come guida della presente trattazione.

Come già per la tradizione degli *enfants sorciers*, anche per le credenze che coinvolgono i malati mentali, la questione dirimente, di tipo interculturale, ovvero che attiene alla complessa interazione tra culture dissimili, si snoda attraverso la considerazione di prassi culturali che, pur identitarie per il contesto di appartenenza, quale quella di legare i malati agli alberi, non rientrano in alcun possibile discorso etico e giuridico condivisibile universalmente.

Invero non sempre le culture, soprattutto quelle radicate ad un primitivismo atavico, si riconoscono nei valori ispiratori del catalogo dei diritti umani, nonostante a noi sembri palese il loro universale valore. Il dilemma si rubrica, pertanto, entro tale quesito: «Quali problemi sorgono quando i valori illuministici, libertà individuale, uguaglianza, reciproco rispetto, devono farsi valere in rapporto a narrative identitarie che si costituiscono nell'ambito di culture nelle quali tali valori non vengono riconosciuti e anzi vengono apertamente violati?»²³³. Evidentemente, come già detto, il rischio è di negare le culture locali africane con l'imporre imperativamente l'estinzione di talune tradizioni, inficiando il principio del rispetto che, invece, è dovuto ad ogni cultura altra. Tuttavia, nel caso presente, come in quello affrontato nel capitolo precedente, non si tratta di criminalizzare la differenza, giacché è la

est possibile : <https://www.youtube.com/watch?v=eF2wVf3-bE4;> Grégoire Ahongbonon : https://www.youtube.com/watch?v=-hH2PSq4R_E.

²³² Cfr. sito online SMA: <http://www.missioniafricane.it/mimegi2016/> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

²³³ V.G. Kurotschka, *Narrative identitarie e giustizia*, in G. Cacciatore- G. D'Anna (a cura di), *Interculturalità*, Carocci, Roma, 2010, pp. 87-100, ivi, p. 87.

stessa differenza ad essere criminale nella misura in cui viola i diritti umani reificando l'umanità dei più deboli che viene ad essere ridotta a cosalità di cui disporre.

Vi sono, infatti, delle dimensioni intangibili, che non possono essere messe in discussione, a maggior ragione se le vite in oggetto sono segnate da malattia, handicap o disagio. Il nascondere l'umanità dei malati mentali, dove gli imperfetti sono espropriati di identità e diritti, perché indegni di essere sotto lo sguardo di tutti, di essere liberi e, talvolta, addirittura di vivere, porta la discussione fuori dalla dicotomia relativismo culturale/universalismo etico, perché c'è un dis-crimine tra il riconoscimento delle culture tradizionali e la negazione dei diritti e della dignità umana che non può essere valicato, pena la messa in sonno dell'etica e la fine dell'idea di umanità.

Già la Carta Africana sui Diritti dell'Uomo e dei popoli, adottata nel Giugno 1981 a Nairobi ribadiva il godimento di diritti e libertà per tutti gli individui (art. 2) e che, pur nel rispetto delle tradizioni (art. 17 comma 3), non potesse essere messa in discussione l'inviolabilità della persona (art. 4)²³⁴. Il che è sostenuto con maggiore forza nella già citata *Dichiarazione Universale sui Diritti Umani e la bioetica* ratificata dall'UNESCO nel 2005, che, si ricordi, all'art. 12 sottolineava: «Deve essere dato il giusto risalto all'importanza della diversità culturale e del pluralismo. Tuttavia tali considerazioni non devono essere invocate per violare il rispetto della dignità umana, i diritti umani e le libertà fondamentali né i principi stabiliti in questa Dichiarazione, né per limitarne la portata»²³⁵.

È certo evidente che al fine di superare l'impasse tra rispetto della cultura locale e dei diritti fondamentali urga un *intervento legislativo*: non più rimandabile, infatti, è la definizione di una legge che vieti il rituale dell'incatenamento e la persecuzione dei malati mentali, oltre alla messa a punto di strategie ed iniziative statali tese all'adeguata presa in carico di coloro che versano in detta condizione di svantaggio.

Ciononostante tutta la presente trattazione ha cercato di dimostrare che l'atteggiamento statale si motiva prevalentemente risalendo a ragioni pregiudiziali, radicate nella viva tradizione culturale che è la principale responsabile dell'immobilismo politico. Parrebbe allora d'uopo anelare prioritariamente ad un *rivolgimento culturale*, finalizzato al ridimensionamento della visione magico-religiosa della follia come possessione spiritica e alla sua considerazione in termini di patologia curabile. Tale mutamento dovrà passare attraverso la sensibilizzazione, promossa da ONG e Associazioni coinvolte in attività di

²³⁴ OUA, *Carta Africana dei Diritti dell'uomo e dei Popoli*, 27 giugno 1981, Nairobi: http://www.achpr.org/files/instruments/achpr/banjul_charter.pdf.

²³⁵ UNESCO, *Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani*, 19 ottobre 2005, (trad. mia) cit.: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

sostegno ai malati mentali: ad oggi sono circa 20 le organizzazioni che in Bénin sono impegnate specificamente sul tema, una anche di famiglie dei malati²³⁶.

Tuttavia, come già anticipato, a fronte di convinzioni culturali così fortemente avvertite e radicate non basterà certo *imporre* veti o nuove leggi, né *opporre* paradigmi teorici e simbolici altri che, calati dall'alto, non troveranno accoglimento e potrebbero essere considerati impositivi. Piuttosto s'intende che addviene possibile *disporre* le condizioni del rinnovamento solo muovendo dall'*empiria*: bisognerà anzitutto partire dal contesto tradizionale stesso e, non pretendendo di modificarne le narrative identitarie culturali, dimostrare, dall'interno e con esempi, possibilità alternative che non modificano l'autocomprensione di detta cultura, ma si fanno capaci di garantire la dignità della persona e i suoi diritti. Solo così, adducendo "prove", sarà possibile attendere mutamenti culturali e, poi, anelare i pronunciamenti politici.

Partire "dall'interno" della cultura africana vuol dire anzitutto non sottostimare le convinzioni tradizionali, pertanto si presenteranno due esempi pratici – il secondo più fecondo del primo – di trattamento della malattia mentale in Bénin che, non avvalendosi della prassi contentiva, riescono a non disconoscere la cultura tradizionale:

1. Curare la malattia mentale riconoscendo la *complementarità tra medicina moderna e medicina tradizionale*. Difatti se è vero, come stabilisce l'OMS, che «la salute mentale non è solamente l'assenza di problemi mentali. Si definisce come uno stato di benessere nel quale ogni persona realizza il suo potenziale, affronta le difficoltà normali della vita, lavora con successo in maniera produttiva e può apportare il suo contributo alla comunità»²³⁷, s'intende che essa involve non solo l'aspetto fisico e psicologico, ma anche quello sociale. La malattia mentale è, infatti, fenomeno complesso che mal si presta ad interpretazioni riduzionistiche e, pertanto, onde evitare la legittimazione di uno schema classificatorio in base al quale alcuni soggetti vengono dichiarati irrecuperabili, e per questo segregati, bisognerà intenderla come un processo che si inserisce nel quadro della storia personale del malato e della sua comunità di

²³⁶ Cfr. Handicap International: <http://www.handicap-international.fr/sites/fr/files/country/files/handicap-international-benin.pdf>. Le ONG presenti nel Paese più note sono: Fondazione Saint Camille (<http://www.saintcamille.net/aimaesp/stcamille/contingut.html>), les Amis de la Saint Camille (<http://www.amis-st-camille.org/>); l'Union Nationale des Familles et Amis des Malades mentaux (<http://www.unafam.org/>) che non ricevono sostegno dal governo beninese, la SMAO - Santé Mentale en Afrique de l'Ouest che è un'associazione formata da psichiatri che hanno come scopo la collaborazione con le equipe di guaritori tradizionali africani rispetto alla salute mentale e di formare gli agenti sanitari locali sulla psichiatria: <https://www.africapsy.com/> (ultima visualizzazione gennaio 2017).

²³⁷ WHO, *Mental health: new understanding, new hope*, 2001, cit., p. 1 (trad. mia). Cfr. anche WHO, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* (Summary Report), Geneva, 2004: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.

appartenenza. È opinione condivisa, infatti, che le patologie psichiche possano essere meglio affrontate se collocate nel contesto *mentale* di riferimento, ovvero se calate nell'orizzonte di significato in cui sorgono e viste in relazione alla cultura di provenienza. Addiviene così evidente l'importanza non sottostimabile delle *cure tradizionali* in tema di salute mentale, la quale sembrerebbe non poter prescindere, più delle altre patologie, dal prendere in considerazione la cultura locale, dall'accettare la relazione dinamica tra mondo visibile e invisibile, dal «prendere in considerazione l'ostilità esoterica percepita e i conflitti di influenza demoniaca, come concettualizzato dai guaritori tradizionali»²³⁸ che sono da affrontare, però, *insieme* alle cure ufficiali. Forzoso sarebbe, infatti, limitarsi all'importazione del metodo psichiatrico positivistico occidentale: l'indebolimento dei sistemi di rappresentazione dei valori tradizionali e l'introduzione di modelli stranieri non apporteranno maggiore “salute mentale”, ma forse, in ossequio alle riflessioni di Fanon, potrebbero aumentare il rischio psichiatrico in Africa²³⁹. È pertanto fondamentale coinvolgere la medicina tradizionale nella cura della salute mentale, giacché essa non solo rappresenta ancora un riferimento primario, ma anche indispensabile, dal momento che, come è noto, coloro che si rivolgono alla medicina moderna nella maggior parte dei casi avvertono

²³⁸ O.F. Aina- O.O. Famuyiwa, Ogun Oru: *A Traditional Explanation for Nocturnal Neuropsychiatric Disturbances among the Yoruba of Southwest Nigeria*, cit., p. 51 (trad. mia). Cfr. su ciò R. Horton, *African traditional thought and western science*, in «Africa», 31 (1967) 71, pp. 155-187; T.A. Lambo, *Traditional African cultures and western medicine. A critical review*, in F.N.L. Poynter (ed.), *Medicine and culture*, Wellcome Institute, London, 1969, pp. 201-210; O.A. Odejide, *Traditional (Native) Psychiatric practice: its role in modern psychiatry in a developing country*, cit.

²³⁹ Per quest'ultimo l'identità del colonizzato si rifugia nella follia per fuggire l'oppressione dell'imperialismo. Secondo Fanon, «come per Jaspers, il disagio mentale non è una “malattia del cervello”, non deriva da cause fisiologiche o organiche, piuttosto la sua origine va rintracciata nel rapporto contraddittorio che può sussistere tra una visione del mondo e il mondo quale fattivamente si presenta, la nevrosi non è dunque altro che l'espressione di un relazionarsi *differente*, e dunque non necessariamente meno coerente, al proprio contesto sociale» V. Carofalo, *La terapia come phàrmakon: una riflessione a partire da Frantz Fanon*, in R. Bonito Oliva (a cura di), *Identità in dialogo. La liberté des mers*, Quaderni di Bioetica n. 2, Mimesis, Milano-Udine, 2012, pp. 57-68, ivi, p. 62. Pertanto per Fanon alleviare le sofferenze causate dal regime coloniale vuol dire in qualche modo giustificare: la guarigione del malato mentale attiene al processo di normalizzazione e, dunque, di accettazione della reificazione, della negazione sistematica dell'altro collegato all'approccio coloniale. Per tale ragione egli abdica alla propria missione di medico psichiatra e appoggia l'idea della lotta di ribellione come unica possibilità di liberazione, ovvero di guarigione. I colonizzati devono farsi parte attiva e responsabile del processo di rivolgimento che annulli la loro cosificazione e li restituisca allo spazio dell'umano attraverso l'estroversione della violenza accumulata in anni di oppressione. Tuttavia egli non anela una sterile ribellione violenta, bensì il ritrovamento del proprio centro attraverso la riappropriazione della propria libertà e rifondazione del sé. Il colonizzato è così chiamato a porre fine all'alienazione, allo spossamento e all'imbestialimento, alla rassegnazione di essere bloccato nell'immagine caricaturale che di lui fa il colonizzatore, attraverso l'*azione*, la *progettualità* e la *scelta di sé nella storia*. Il percorso terapeutico di Fanon va dall'indolenza alla violenza per uscire dalla nevrosi: bisogna distruggere i vecchi legami per costruirne di nuovi con lo scopo di «condurre l'uomo ad essere uomo d'azione mantenendo intorno a sé il rispetto dei valori fondamentali che rendono umano il mondo: questo è il primo scopo di colui che, dopo avere riflettuto, si prepara ad agire» F. Fanon, *Peau noire masques blancs*, Seuil, Paris, 1952; tr. it. *Pelle nera maschere bianche*, Marco Tropea, Milano, 1996, p. 193. F. Fanon, *I dannati della terra*, cit. Cfr. dello stesso autore Id., *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, a cura di R. Beneduce, Ombre Corte, 2011.

comunque il bisogno di rivolgersi anche al circuito dei guaritori, se non altro per non entrare in conflitto con le credenze tradizionali. Del resto, come si è visto nella prima sezione, la medicina ufficiale, almeno in linea teorica, pare offrire una significativa disponibilità alla comprensione di teorie e pratiche mediche lontane dalla propria logica scientifica, tant'è che un confronto si sta realizzando già in alcuni specifici ambiti, incluso quello della salute mentale²⁴⁰. La medicina tradizionale rappresenta il patrimonio locale, come detto, ineliminabile, pertanto si dovrebbe incentivare la cooptazione dei guaritori tradizionali e la ricerca di specie vegetali della medicina tradizionale per un loro sfruttamento farmacologico.

2. Individuare delle strategie di *negoziazione* con le famiglie del malato mentale che, a partire dalla testimonianza viva della possibilità di recupero della sua condizione psicofisica, ne prevedano la *re-inclusione* nella comunità di appartenenza. Il modello esemplare presentato, quello della Saint Camille, riesce perfettamente in tale scopo non proponendo una dinamica *integrativa*, in forza della quale il malato, dopo essere stato sottoposto all'iter terapeutico, viene riaccolto in famiglia e nuovamente messo ai margini della società, bensì *inclusiva* e cioè capace di restituirgli una piena significatività individuale e sociale, attraverso il lavoro. Invero speculare alla prassi dell'*esclusione* perpetrata nei riguardi dei malati mentali è il modello *inclusivo* degli stessi nelle comunità di appartenenza e, poi, all'interno delle politiche e delle iniziative dello Stato beninese. Si dica che anche l'Occidente ha di recente conosciuto il passaggio dal paradigma dell'*integrazione* a quello dell'*inclusione* della disabilità. Il primo paradigma, ormai tendenzialmente superato, fa riferimento a dinamiche di tipo "assimilazionista" fondate sull'adattamento del soggetto disabile ad un'organizzazione sociale strutturata in funzione dei soggetti "normali" il cui obiettivo è, infatti, quello di consentire, quanto possibile, una *normalizzazione* del disabile attraverso prassi *assistenziali*. Tuttavia evidenti sono i limiti di siffatto approccio: anzitutto proporre la "normalità" (qualunque significato si dia di tale termine) come modello di riferimento vuol dire negare le differenze in nome di un ideale di uniformità e omogeneità cui forzosamente tendere, pena l'esclusione dalle dinamiche collettive e, in seconda istanza, incentrare l'obiettivo normalizzante su prassi assistenziali poco attente all'identità precipua della persona disabile è, invero, modalità che tende a rimarcare la minorità e la subalternità di chi si trova ad esserne oggetto, non certo l'uguaglianza e

²⁴⁰ Su ciò cfr. R.B. Edgerton, *A Traditional African Psychiatrist*, in «Southwestern Journal of Anthropology», 27 (1971), pp. 259-278; Id., *Traditional treatment for mental illness in Africa: a review*, in «Culture, Medicine and Psychiatry», 4 (1980), pp. 167-189.

la pari dignità di tutti. Per contro il paradigma inclusivo fa riferimento ad una prospettiva “ecosistemica” tesa a riconoscere la specificità di ogni soggetto e a mettere in atto prassi differenziate che consentano a ciascuna vita di esprimersi e svilupparsi sulla base della propria individualità e unicità²⁴¹.

Riprendendo il passaggio occidentale dalla cultura dell’assistenza e integrazione a quella dell’inclusione, a noi pare che la proposta etico-sanitaria di Grégoire Ahongbonon sia esemplare di tale secondo paradigma: il suo impegno, infatti, si dirige non solo a garantire i bisogni minimi e primari, quali l’assistenza sanitaria e l’alimentazione dei malati, ma riconosce uguale rilevanza anche all’assistenza psicologica e all’inserimento nel tessuto sociale e lavorativo. Quello di Grégoire è un modello che tiene conto delle *capacità* del malato e si serve di esse per consentire detta *inclusione*, unica garanzia possibile affinché siano tutelati e resi effettuali i due principali diritti dei disabili: il *diritto all’autonomia* e il *diritto alla migliore qualità di vita possibile*. Coinvolgere il disabile nella vita condivisa della collettività, muovendo dalle sue stesse possibilità o capacità, vuol dire assumere e mettere in pratica il cosiddetto *capability approach* definito dalla filosofa americana Martha Nussbaum, in accordo con le categorie dell’economista indiano, Amartya Sen, di cui ci occuperemo nella terza sezione della ricerca.

In definitiva la possibilità di relazionarsi alla malattia mentale sia contemplando il ricorso alla medicina tradizionale che instaurando una “contrattazione” con la famiglia del malato vuol dire mettersi alla ricerca di modi *concreti* di superamento di una tradizione non più proponibile. Il che, a ben vedere, ha il vantaggio di rappresentare la testimonianza *pratica* che la tradizione africana non è immutabile, ma palesa una trasformatività endogena che si fa capace di valicare talune delle sue prassi.

«Si è soliti contrapporre il Nord del mondo, ricco di sicurezze materiali e povero di senso della vita, al Sud, i cui tormenti riguarderebbero solo i mali visibili: la fame, la guerra e la malattia. Ma non è così. Nell’inseguire una ragione, dentro e fuori i manicomi di Grégoire, di tante lacerazioni nella mente e nella vita dei giovani, di violenze a stento concepibili, ora

²⁴¹ Cfr. F. Belvisi, *Verso l’inclusione. La teoria delle istituzioni e l’integrazione sociale mediante il diritto*, CLUE, Bologna, 2012; D. Ianes, *La speciale normalità. Strategie di integrazione e inclusione per le disabilità e i Bisogni Educativi Speciali*, Erickson, Trento, 2002; C. Gardou, *Diversità, vulnerabilità e handicap. Per una nuova cultura della disabilità*, Erickson, Trento, 2006; R. Medeghini, *Disabilità e corso di vita. Traiettorie, appartenenze e processi di inclusione delle differenze*, Franco Angeli, Milano, 2006; R. Medeghini- E. Valtellina, *Quale disabilità? Culture, modelli e processi di inclusione*, Franco Angeli, Milano, 2006; A. Panico, *Coesione, integrazione, inclusione. La solidarietà nel pensiero sociologico*, Carocci, Roma, 2007; E. Pariotti, *Disabilità, diritti umani e azioni positive*, in T. Casadei (a cura di), *Lessico delle discriminazioni tra società, diritto e istituzioni*, Diabasis, Reggio Emilia, 2009.

subite ora inflitte, si ha l'impressione che non ci sia nulla da capire, che questo mondo sia irriferribile». Tuttavia di contro al pregiudizio e all'atteggiamento di chiusura che si ha nei riguardi di un universo che si pensa impenetrabile, inviolabile ed inaccessibile, il *semplice* modello di Grégoire che si caratterizza per la naturalezza con cui rifiuta la barbarie, per la spontaneità con cui si ribella all'inumano e per la disinvoltura con cui toglie le catene ai piedi di uomini in agonia, ci mostra come l'impensabilità del mutamento delle prassi tradizionali africane è convinzione più presuntiva che reale, rappresentando, così, «una speranza per riprovare a sillabare un discorso elementarmente umano»²⁴².

L'esempio di Grégoire, infatti, contribuisce a disincentivare la prassi dell'incatenamento, favorendo il mutamento culturale di cui, allo stesso tempo, dimostra la possibilità, lasciando cadere l'ipotesi dell'immobilità delle tradizioni africane. Ciò, inoltre, viene proposto non imponendo valori altri, ma operando una mediazione dall'interno della cultura beninese, il che consente, ad un tempo, il rispetto della tradizione e la garanzia dei diritti. In tal modo tutti e tre i quesiti posti al principio rispetto alla legittimità e possibilità di storicizzare le tradizioni africane sembrano aver ricevuto una risposta che, seppur da corroborare ancora, è funzionale all'attesa del mutamento. Difatti a fronte della disperante condizione dei malati mentali e di altri disabili privi di cittadinanza a causa di una tradizione, *disabile essa stessa*, che influenza gli atteggiamenti dei popoli e le chiusure dei governi, sembrerebbe ora possibile confidare nella sua capacità trasformativa e, dunque storica, ovvero nella sua futuribile, ma non per questo futuristica, *abilitazione*, obiettivo raggiungibile attraverso la diffusione di *esemplari* alternative – come quella di Grégoire – che legano i governi e *slegano i matti*, incentivando per entrambi l'intrapresa di *azioni* vitali.

²⁴² V. Petrarca, *Grégoire. Il medico dei pazzi*, cit., p. 60.

CAPITOLO TERZO

Altre figure dell'esclusione

Accanto alla nascita con disabilità e alla malattia mentale molte altre sono le esperienze patologiche per le quali, secondo diffuse credenze della cultura tradizionale beninese, sono previsti trattamenti inumani e degradanti, percepiti come forma “curativa” del gruppo che previene l'insorgenza del male, se ne tutela o se ne libera attraverso “terapie” che abbiamo visto rubricabili entro il concetto più ampio di *esclusione sociale* dell'elemento patogeno dalla comunità che sinora si è vista avere diverse esplicitazioni: dall'eliminazione alla contenzione.

Tuttavia nei casi sinora analizzati l'esclusione aveva motivazioni prevalentemente culturali o al più giustificabili, adducendo l'impossibilità per gruppi sì inabbiati di sostenere il gravame economico di una vita disabile o il timore della violenza degli psicotici come motivazioni “ragionevoli”, ma non vi era un fondamento pienamente razionale che potesse motivare il ricorso a dette prassi che, per quanto ineludibili per le comunità che in esse riflettono la propria identità culturale, sono indubitabilmente lesive della dignità umana e dei diritti umani fondamentali. Accanto a quelle descritte, però, vanno annoverate altre forme di esclusione sempre afferenti al presente orizzonte di riferimento di malattia e cura che hanno invece una spiegazione – almeno di primo acchito – fondata razionalmente, il che certo non le rende giustificabili, ma ci obbliga a considerarle separatamente rispetto alle altre per lasciarne emergere gli aspetti più peculiari e, come anticipato, intenderle più da presso.

Prenderemo dunque in esame alcune delle cosiddette *malattie trasmissibili* come la lebbra, l'ulcera del Buruli e l'HIV rispetto alle quali è facilmente intuibile la ragione dell'allontanamento del malato dal gruppo; in un secondo momento verrà considerata la speciosa situazione delle donne, talvolta prigioniere del ruolo procreativo che le rende vittima di esclusione, in particolare in caso di aborto, infertilità e sterilità; infine verrà approfondita la condizione in cui versano gli *anziani* nei gruppi tribali beninesi, messi ai margini di un nucleo che percepisce la longevità come un che di insolito e, dunque, dubbio.

Rispetto ai primi esempi proposti quel che emerge è un dato di fatto: il timore, anche legittimo, del *contagio* spiega le prassi di esclusione ed allontanamento dei portatori delle malattie infettive; purtuttavia il concetto di contagio dovrà essere inquadrato in un orizzonte di senso più ampio e, solo allora, quando religione, cultura, tradizione e medicina si vedranno

coinvolti senza soluzione di continuità, se ne intenderà il senso precipuo e si cercheranno strade per un suo superamento.

L'analisi della figura della donna, invece, mostrerà il palesarsi di un'ulteriore drammatica forma di esclusione: la donna sin da giovanissima assume un ruolo centrale per la famiglia beninese e, tuttavia, è stupefacente il suo essere completamente nullificata dalla presa d'atto della sua infertilità o sterilità che possono essere congenite, causate da altre malattie o da precedenti gravidanze portate avanti in condizioni insicure ed inidonee.

Il problema dell'infertilità verrà posto in relazione alla questione della Procreazione Medicalmente Assistita nei Paesi in via di sviluppo, mentre l'analisi della sterilità verrà riferita ad un altro tema caro alla riflessione bioetica: quello del rifiuto delle cure per motivi culturali o religiosi. La sterilità, infatti, può anche essere la conseguenza sopravveniente di interventi chirurgici (si pensi ad un'isterectomia per rimuovere una neoplasia) che, mentre salvano la vita della paziente, lasciano sul suo corpo *temute* e *temibili* cicatrici che la condannano ad un'esclusione senza eguali. In un contesto tribale come quello beninese una donna che ad es. ha subito l'asportazione dell'utero o del seno è aborrita dagli uomini e respinta dal gruppo, dunque non sarà in grado di costituire una famiglia, pertanto tali timori potrebbero indurla a rifiutare gli interventi proposti da medici i quali, a loro volta, si trovano di fronte l'annoso compito di dover bilanciare tra il rispetto delle credenze e delle tradizioni locali e i diritti alla cura, alla salute e alla vita della donna²⁴³.

Infine si passerà ad analizzare un'altra, invero non troppo prevedibile, forma di esclusione: quella degli anziani. A dispetto di quanto a tutta prima si potrebbe immaginare, ovvero del massimo riguardo riservato a coloro che sono tipicamente considerati fonte di saggezza inesauribile per la loro età avanzata, si noterà come nei contesti tragicamente poveri delle tribù della foresta beninese essi vivano una situazione drammatica. In effetti, anche rispetto al trattamento degli anziani, è sempre il criterio dell'*utile* a rappresentare la misura dell'esclusione dal gruppo, pertanto coloro che non possono più essere di alcun vantaggio o utilità per la comunità sono lasciati in una condizione di abbandono, al punto che vengono

²⁴³ Cfr. intervista a Olivier, *infra*, p. 497: «Anche rispetto al cancro al seno si verifica una sorta di esclusione, ma un po' differente: non vogliono che venga rimosso il seno. Rifiutano la mastectomia, perché pensano che se rimuoviamo il seno la donna morirà. Non ne conosco la ragione, ma dicono così: è chiaro che se il cancro è ad uno stadio avanzato, anche nel caso in cui si procede con la mastectomia, la malattia magari ha già colpito altri organi e la donna morirà ugualmente dopo poco, e probabilmente per questo loro spesso rifiutano l'operazione. È per questo molto difficile, quando ci accorgiamo di un piccolo nodulo al seno, convincere la malata a procedere con la mastectomia, ma questo qui è l'unico trattamento possibile qui, la chirurgia. In verità c'è la possibilità di fare della chemioterapia a Cotonou, ma è molto cara e non ha sempre buoni risultati, non c'è ancora molta esperienza in merito».

considerati *pronti a morire* – o, come dicono qui, “à partir”²⁴⁴–: non viene dato loro più cibo né acqua e, non essendo più capaci di badare da soli a se stessi, perché anziani e nella maggior parte dei casi ammalati, non possono far altro che aspettare la fine della loro agonia.

Ancora una volta, dunque, si dimostrerà, a partire dai casi specifici, come il principio del *rispetto della cultura* beninese, indisponibile rispetto alle narrative identitarie di detto popolo, incontra il limite invalicabile della *garanzia dei diritti umani* e della tutela della dignità della persona, temi, questi, che approfondiremo nella sezione conclusiva del lavoro, ove la parte descrittiva lascerà il campo ad un’interpretazione più marcatamente filosofica del problema in questione.

Ancora una volta, come per la tradizione degli *enfants sorcières* e dei malati mentali, anche rispetto ai malati contagiosi, alle donne impossibilitate alla gestazione e agli anziani ammalati, vittime del drammatico processo di esclusione che, lo si ripete, è messa a morte per chi è considerato vittima del male inteso in senso ampio, si individueranno strategie *compatibili* di interazione con la tradizione che, valicando le prassi culturali escludenti, consentiranno una rinnovata inclusione dei malati nelle loro comunità di appartenenza. Tali forme di restituzione all’ammalato della sua dignità di persona saranno intese come *modello esportabile e ripetibile* che contribuirà ad avvalorare l’ipotesi proposta al principio di *storicizzazione* della tradizione africana che, non invadendo oltremodo l’identità strutturale di detto popolo, la espone ad una contestualizzazione necessaria per un avanzamento che sempre più si intravede possibile.

1. *Le malattie contagiose*

A tutta prima parrebbe comprensibile e forse anche giustificabile che la diagnosi di un male *effettivamente* contagioso possa determinare l’allontanamento dei portatori dal gruppo che, con *ragione*, si tutela dalla contaminazione che *concretamente* può arrecare nocumento, in maniera anche irreversibile, alla collettività.

Purtuttavia, per intendere appieno la questione, bisognerà ridiscutere il concetto di *contagio*: il significato attribuito dalla tradizione beninese e quello stabilito, invece, dalla medicina occidentale moderna rispetto alle patologie trasmissibili indagate²⁴⁵.

²⁴⁴ Cfr. intervista a suor Lola, *infra*, pp. 450-457 e a padre Christian, *infra*, pp. 435-445.

²⁴⁵ Per dati aggiornati sulle malattie infettive in Bénin cfr. S. Berger, *Infectious diseases of Bénin*, Gideon, 2017 <https://books.google.it/books?id=zdYVDgAAQBAJ&pg=PA124&dq=LEBBRA+IN+BENIN&hl=it&sa=X&ve>

Solo così sarà forse possibile fare luce su una questione che è molto più complessa di quel che si potrebbe addurre e che ha conseguenze estremamente drammatiche sulla vita dei malati.

1.1 *La lebbra*

Un nuovo spunto per riflettere sul tema dell'esclusione ci viene offerto ancora una volta da uno dei personaggi eccezionali, nel senso che eccedono la norma e vivono al di fuori dell'ordinario, eccezioni rare e preziose che il Bénin custodisce: padre Christian Stenou il quale, durante un'intervista che affronta così tanti temi, in una maniera tanto lucida che non si può che rendergliene atto in commossa gratitudine, spiega:

«L'esclusione qui esiste. Ce n'è molta, in ogni ambito. Quando sono arrivato qui mi sono occupato soprattutto dei lebbrosi: a quell'epoca loro erano i grandi esclusi. Essere esclusi dalla comunità vuol dire ad esempio che, una volta deceduti, la loro salma non poteva essere interrata sotto la casa, come accade, invece per gli altri secondo la tradizione. Per la tradizione, infatti, il defunto deve essere sotterrato nella sua casa, così da poter rimanere parte integrante della famiglia, difatti quando la famiglia mangia o beve sempre ne getta un po' in terra, con lo scopo di nutrire e dare da bere ai propri defunti. Invece il lebbroso veniva interrato nella foresta. Abbiamo così iniziato con il costruire una casa per loro, così da poterli interrare nella loro casa»²⁴⁶.

Ciò che a tutta prima potrebbe destare un certo stupore è che la lebbra, malattia per noi occidentali superata da centinaia di anni, sia a tutt'oggi diffusa in molti dei cosiddetti Paesi in via di sviluppo e che tuttora esistano e continuino ad essere costruiti lebbrosari, percepiti ancora come spazi morali e fisici dell'esclusione, luoghi istituzionalizzati di segregazione di persone ammalate considerate indegne di misurarsi, con la loro vita pericolosa, con il gruppo dei sani. Morti civili, prima di essere morti fisicamente, i lebbrosi sono tagliati fuori da ogni relazione, da ogni rapporto sociale, ghettizzati in siti di abbandono che, mentre evitano la diffusione del male, producono distorte versioni del rapporto interumano.

La lebbra, una delle malattie più antiche del mondo, di cui si parla anche nei Vangeli²⁴⁷, è da sempre stata considerata motivo di esclusione: il lebbroso, colui al quale il morbo stesso ha sottratto la dignità di uomo, alterandone l'aspetto fisico al punto che sfigurato, logoro, deforme com'è, ha ormai i caratteri di un cadavere ambulante ed incarna la morte visibile

d=0ahUKEwi2iLCKhKPSAhXC2BoKHUwdBFsQ6AEIGjAA#v=onepage&q=LEBBRA%20IN%20BENIN&f=false (ultima visualizzazione febbraio 2017).

²⁴⁶ Cfr. intervista a p. Christian, *infra*, p. 435. All'operato di padre Christian in Bénin da oltre 40 anni al fianco dei malati è dedicata un'associazione con sede in Bretagna, l'Associazione Christian Stenou, che sostiene l'opera di quest'uomo straordinario: <http://www.association-christian-stenou.com>

²⁴⁷ Marco 1, 40-44.

giacché porta con sé chiunque se ne avvicini oltremodo. Così, isolato ed esiliato, il lebbroso è messo *fuori* dalla famiglia e lasciato ad una libertà che non vuole e che è necessitata solo dal divieto di avvicinamento, o fatto prigioniero in luoghi che sono peggio che carceri; vive più di altri il dramma dell'esclusione, perché è consapevole della razionalità del suo isolamento, ma non della ragione del suo male.

Nel Medioevo cristiano pure si praticò un'esclusione dei lebbrosi, motivata dal timore del contagio, ma l'immagine dei malati era accompagnata all'idea di una certa elezione divina dei condannati: si pensava, come ricorda Foucault, che «se il lebbroso viene ritirato dal mondo e dalla comunità della Chiesa visibile, la sua esistenza manifesta pur sempre Dio, poiché al tempo stesso indica la sua collera e mostra la sua bontà»²⁴⁸. Difatti i lebbrosi per un verso incarnano la punizione divina accanitasi sulla loro corporeità mutilata e deforme, per altro, a ben vedere, nel gesto stesso di essere espulsi dalle città terrene dai loro concittadini che temono il contagio, essi ottengono la chiave di accesso per entrare a far parte – di diritto – della *Civitas dei*: «testimoni ieratici del male, essi acquistano la salvezza in e per mezzo di questa stessa esclusione: in una strana reversibilità che si oppone a quella dei meriti e delle preghiere, essi sono salvati dalla mano che non si tende. Il peccatore che abbandona il lebbroso sulla porta gli offre la salvezza»²⁴⁹. Pertanto i lebbrosi del Medioevo cristiano, trovandosi costretti ad espiare le loro colpe in questa vita, drammaticamente segnata da una punizione corporea e morale ben visibile da scontare all'interno dei lazzaretti, poi detti lebbrosari, sono in un certo modo già salvi. Questo è certo rassicurante per i reietti di ogni genere cui viene promessa una salvezza tangibile nel dolore delle loro piaghe e nella solitudine della loro esclusione e, a quel punto, forse, poco importa se in questa vita finita hanno da patire dolorose pene, se c'è ad attenderli l'eternità.

Purtuttavia, al di là della credenza religiosa, il dramma esistenziale dello stigma che involve i lebbrosi di ogni epoca è sempre stato un problema reale al punto che la stessa denominazione della malattia ha conosciuto una sostituzione ufficiale da lebbra a *Morbo di Hansen o Hanseniasi*²⁵⁰, dal nome dello scopritore del bacillo che ne è causa. Ma cambiare nome non cambia la gravità delle cose né serve davvero a far sparire il pregiudizio che involve detto male.

La lebbra è, infatti, una malattia infettiva contagiosa a decorso cronico con esito talora mortale, il cui agente patogeno è il bacillo *Mycobacterium leprae*, molto simile a quello della

²⁴⁸ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., p. 62.

²⁴⁹ Ivi, p. 63.

²⁵⁰ Una malattia così spaventosa che in Italia per la legge 4/1974 (12/01/1974 pubblicata in G.U. il 4/02/1974 n. 32) vieta di definire i malati con l'epiteto di lebbrosi che viene sostituito con quello di "hanseniani". Ma cambiare un nome non cambia la realtà.

tubercolosi che colpisce, senza differenze, uomini, donne e bambini. La trasmissione più comune è per contagio diretto interpersonale prolungato, ma molti ritengono che del bacillo siano portatori gli insetti che si trovano nelle zone paludose²⁵¹ o persino gli scoiattoli²⁵². Solitamente si usa distinguerla in lebbra lepromatosa, tubercoloide o borderline (o tuberosa, nervosa e mista); si tratta in ogni caso di un'infezione che colpisce la pelle e i nervi periferici in modi e gradazioni diverse e può avere effetti gravemente invalidanti: dalle lesioni cutanee alla paralisi, alla cecità se colpisce gli occhi, sino all'amputazione non infrequente di arti e membra. Tuttavia il fatto che il bacillo si moltiplichi in media una volta ogni 28 giorni fa sì che la malattia evolva in maniera estremamente lenta il che, aggiungendosi alla lunghezza del periodo di incubazione (da pochi mesi a 5-10 sino a 20 anni), conduce alla speciosa circostanza per la quale numerosissime persone che hanno contratto il morbo ne restano all'oscuro per anni: ciò evidentemente non solo tarda di molto la diagnosi e rallenta le cure, ma rende non attendibili le stime dell'incidenza della lebbra nel mondo.

Sulla base dei dati più recenti dell'OMS si registra una diminuzione della diffusione della lebbra (dai 5,4 milioni di malati del 1980 ai 176.608 del 2015²⁵³), nonostante sia ancora endemica in 91 Paesi, diffusa in percentuali maggiori soprattutto nei Paesi in via di sviluppo come l'India, il sud America, l'Africa occidentale e subsahariana, ma anche nel Sud Est Asiatico, nelle Filippine, in Malesia, nel Sud della Cina e nelle Isole del Pacifico²⁵⁴. In tali

²⁵¹ Cfr. L. Lengauer, *Leprosy in the Benin and warri areas of Nigeria*, in «Leprosy Review», XIX (1948) 1, pp. 14-20: «Il Benin e le Province Warri sono situate sul delta del fiume Niger, e quindi si trovano al confine tra il terreno paludoso e la fitta foresta. La terra, come ci si può aspettare, è pianeggiante e il clima è caldo ed umido. Quest'area è scarsamente popolata. In contrasto con le più esterne province della Nigeria, la percentuale di casi infettivi è molto alta. Ciò può essere legato al gran numero di bambini lebbrosi rilevato nella zona». Ivi, pp. 14-15 (trad. mia).

²⁵² Cfr. S. Roy, *En Europe la lèpre se cache dans les écureuils*, in «Le Figaro santé», 11/11/2016 : <http://sante.lefigaro.fr/article/en-europe-la-lepre-se-cache-dans-les-ecureuils> (ultima visualizzazione febbraio 2017).

²⁵³ OMS, *Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion*: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249601/1/WER9135.pdf?ua=1> (ultima visualizzazione febbraio 2017). Come si legge in questo documento «questa riduzione sostanziale ha condotto l'Assemblea Mondiale della Salute a prevedere l'eliminazione mondiale della lebbra come problema di salute pubblica entro l'anno 2000. Sono state elaborate molte strategie mondiali di lotta contro la lebbra a tale scopo sino al 2000 a livello globale, e poi dal 2005 anche a livello nazionale. Da allora le strategie mondiali quinquennali di lotta contro la lebbra hanno visto una riduzione del tasso di morbidità misurata in termini di nuovi casi con deformità visibile o disabilità di grado 2 (ID2). La strategia globale di lotta contro la lebbra 2016-2020: Il raggiungimento di un più veloce mondo libero dalla lebbra è stato presentato nel mese di aprile 2016. Questa strategia si basa sui seguenti principi: adottare misure, garantire la responsabilizzazione e promuovere l'inclusione. Essa ruota intorno a tre pilastri: il rafforzamento dell'impegno da parte dei governi, il coordinamento e collaborazione, porre fine alla lebbra e alle sue complicità, porre fine alla discriminazione e promuovere inclusione. Durante l'adozione della strategia mondiale sono stati approvati 3 obiettivi chiave da tutti i programmi nazionali: 1) zero casi di ID2 nei bambini con la lebbra; 2) riduzione del numero dei nuovi casi di lebbra ID2 a meno di un caso per un milione di abitanti; 3) zero Paesi la cui legislazione consente una discriminazione basata sulla lebbra. Ivi, pp. 405-406 (trad. mia).

²⁵⁴ OMS, *Leprosy elimination* : <http://www.who.int/lep/en/>; Id., *World Health Assembly resolution WHA44.9 on Leprosy*. Geneva, 1991: http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_44.9_Eng.pdf (ultima

contesti, evidentemente, la lebbra si combina con altri problemi quali la povertà, la scarsità dei servizi sanitari, le problematiche relative all'igiene e all'alimentazione il che ne aumenta indubitabilmente l'epidemiologia.

Un'ulteriore ragione dell'impossibilità di definire con precisione il numero di lebbrosi nel mondo è che molti malati, che sospettano o sanno di essere affetti da una malattia infettiva come la lebbra, preferiscono non confessarlo al gruppo, soprattutto se sono consapevoli di non avere possibilità economiche per curarsi, così, nascondendone i segni fintanto che possono, evitano di esporsi al biasimo della comunità, perpetrando una condotta insicura per tutti.

A tutt'oggi la lebbra è presente anche in Bénin (qui si registrano in media 252 nuovi casi diagnosticati all'anno, numero ridotto rispetto al passato che, tuttavia, non ha conosciuto una significativa evoluzione da un decennio a questa parte²⁵⁵) ove, come le altre patologie di cui ci siamo occupati in questa sezione, è considerata una maledizione per la famiglia e per chi ne è affetto, manifestazione della *sorcellerie* del portatore o della collera di dèi od avi, da cui deriva l'immediato atteggiamento di esclusione o allontanamento del lebbroso dal gruppo di appartenenza. «Negli anni '60, infatti, i lebbrosi si rifugiavano in delle grotte o nel cuore delle foreste come la cosiddetta “foresta interdetta”, situata a qualche chilometro da Pobé. Una situazione che, in effetti, non differiva molto dai nostri lebbrosari che nel Medioevo costruivamo lontano dalle città»²⁵⁶. Purtroppo, però, a differenza della credenza medioevale cristiana, per il lebbroso di un contesto tribale africano non c'è salvezza ad attenderlo dopo la morte, tant'è che lo si seppellisce lontano da casa, il che simboleggia la volontà di tenerlo fuori dal gruppo in via definitiva: qui la sofferenza non ha alcuna funzione espiatoria, la condanna che detto male manifesta è senza possibilità di riscatto.

Dunque, come le patologie precedentemente considerate, anche in questo caso religiosità, credenze e culti vanno a compenetrarsi con lo stato patologico, tuttavia oltre che impressionante per le menomazioni che crea al corpo (da *lèpros*, scabroso) e l'invalidità dovuta alle mutilazioni che rendono chi ne è affetto un peso insostenibile per il gruppo, la

visualizzazione febbraio 2017). Cfr. *La lepre, maladie invisible qui tue depuis des siècles*, in «RFI», 27/01/2017 : <http://www.rfi.fr/france/20170126-lepre-maladie-invisible-raoul-follereau-sante-medecine> (ultima visualizzazione febbraio 2017)

²⁵⁵ F. Atadokpede, H. Adégbidi, C. Koudoukpo, L. Hountonnagnon, D. Agossadou, F. do Ango-Padonou, H. Yedomon, *Profil épidémiologique de la lèpre au Bénin de 2008 à 2012*, in «Annales de Dermatologie et de Vénéréologie», 141 (December 2014) 12, pp. 357 ss. Lo studio riferisce che la proporzione dei bambini al di sotto dei 15 anni che hanno contratto la lebbra varia dal 10,07% nel 2008 al 5,68% nel 2012. Il tasso di prevalenza della lebbra è variato da uno 0,26 per 10.000 abitanti nel 2008 a 0,21% nel 2012. Statistiche aggiornate sull'incidenza della lebbra si trovano anche in Health Grove, *Leprosy in Benin. Statistics on Overall Impact and Specific Effect on Demographics Groups*: <http://global-disease-burden.healthgrove.com/1/28503/Leprosy-in-Benin> (ultima visualizzazione febbraio 2017).

²⁵⁶ D. Sergeant, *Au Bénin, la lutte contre la lepre s'intensifie*, in «La Croix», 31/01/2017 (trad. mia) : <http://www.la-croix.com/Sciences/Sciences-et-ethique/Au-Benin-lutte-contre-lepre-sintensifie-2017-01-31-1200821281> (ultima visualizzazione febbraio 2016).

lebbra, a differenza della malformazione neonatale, della disabilità infantile e della malattia mentale prima indagate, è una malattia realmente pericolosa perché *trasmissibile*. Ciò certo non legittima alcuna esclusione dal gruppo che, anzi, andrebbe monitorata e prevenuta dallo Stato beninese, ma rende comprensibile la volontà del gruppo di tutelarsi dall'elemento contagioso.

Ciononostante quel che non tutti sanno è che è *possibile curare la lebbra* abbastanza agevolmente, difatti dal 1981 è stato introdotto un efficace trattamento antibiotico multifarmaco che uccide il bacillo foriero della malattia al 90% sin dalla prima dose: i pazienti trattati immediatamente perdono la loro contagiosità, poi, dai sei ai dodici mesi successivi, se proseguono con meticolosità il trattamento, potranno giungere ad una guarigione completa. La cura è pratica ed efficace, con un numero rarissimo di casi di resistenza ai farmaci e quasi nulli rischi di ricaduta²⁵⁷.

Malgrado ciò in Africa vengono diagnosticati circa 20.000 nuovi casi di lebbra all'anno²⁵⁸, cui vanno aggiunti tutti quelli ancora in incubazione o nascosti, numero che si spiega solo considerando una diversa serie di fattori: su tutti la *povertà* che rende la lebbra assieme ad altre patologie, soprattutto quelle trasmissibili, ancora difficili da eradicare; la difficoltà di prevenire, diagnosticare e curare per tempo la malattia, atteso il suo summenzionato palesarsi in tempi molto lunghi e spesso quando lo stadio è già avanzato; il timore del malato di esporsi alla taccia e allo stigma della famiglia; ed, infine, il ricorso alle terapie tradizionali. Difatti, come per le altre forme patologiche, nella maggior parte dei casi i malati si rivolgono dapprima ai guaritori tradizionali i quali generalmente non sono in grado di individuare i segni della malattia che verranno ricondotti a questioni afferenti la religione Vodun o l'universo culturale del maleficio e della cattiva sorte, con l'evidente conseguenza di tardare in maniera spesso irrimediabile l'intervento medico moderno al punto che, quando i malati si recano presso i Centri preposti alla cura delle lebbra (il che, come detto, non è incompatibile con il perpetuare parallelamente i trattamenti tradizionali), nella migliore delle ipotesi gli arti sono già in cancrena e non resta che amputare.

Uno dei centri che si occupa in Bénin del trattamento della lebbra è il Centro di screening e trattamento della lebbra e dell'ulcera di Buruli (CDTLUB), Fondazione Raoul-Follereau²⁵⁹ che, facendo parte del *Programma Nazionale di lotta contro la lebbra e il*

²⁵⁷ Cfr. P. Lepidi, *A Davougon, la lèpre n'est pas une fatalité*, in «Le Monde Afrique», 28/01/2012 : http://www.lemonde.fr/afrique/article/2012/01/28/a-davougon-la-lepre-n-est-plus-une-fatalite_1635839_3212.html

²⁵⁸ OMS, *Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion*, cit., p. 415.

²⁵⁹ Situato a Pogbé il Centro di trattamento Raoul Follereau accoglie lebbrosi di ogni età o persone affette dall'ulcera di Buruli: qui si effettua quotidianamente il consulto di malati che sospettano di aver contratto la

*buruli*²⁶⁰ del Ministero della salute del Benin, offre agli ammalati trattamenti del tutto gratuiti, il che manifesta un impegno concreto dello Stato per liberarsi dal morbo.

In effetti il problema dei costi di cura dei lebbrosi andrebbe ridiscusso giacché è vero che lo Stato fornisce gratuitamente i farmaci, ma questo non azzerà i costi di cura che ricomprendono la formazione dei medici e degli infermieri, lo screening, gli sforzi di reinserimento, il che porta le stime per la presa in carico di un malato a 2000-2500 euro circa²⁶¹, sempre meno reperibili da quando l'OMS nel 1995²⁶² ha annunciato che la lebbra non è più un problema di salute pubblica mondiale (giacché il suo tasso di incidenza è inferiore ad un caso su 10.000 di persone²⁶³). Tale dichiarazione ha avuto effetti invero significativamente negativi al punto che «uno studio apparso sulla rivista Plos One nel 2015 stima che 3 milioni di casi supplementari avrebbero potuto essere depistati negli ultimi vent'anni se l'OMS non avesse abbandonato i suoi sforzi»²⁶⁴.

Le fondazioni come Raoul Follereau continuano a combattere e, riunite in una federazione, l'Ilep²⁶⁵, coordinano il loro impegno per evitare l'abbandono dei malati di lebbra, ma l'azione individuale certo non basta.

Al Centro Raoul-Follereau l'operato di medici ed infermieri è infaticabile: quotidianamente si effettua il consulto e la cura dei lebbrosi, ma la particolarità del loro approccio consiste nel dare un peso significativo alla fondamentale attività di screening che viene fatta iniziare proprio presso i villaggi di provenienza di coloro a cui è stata diagnosticata la malattia. E questo perché «molto poco contagiosa, la malattia si trasmette attraverso le secrezioni nasali. Solo le persone che hanno una forte predisposizione genetica e dei contatti

lebbra (30%) o l'ulcera di Buruli (50%), si distribuiscono quotidianamente ai lebbrosi i trattamenti antibiotici che devono prendere per la durata di un anno per essere definitivamente guariti o si ospedalizza coloro che hanno piaghe, devono effettuare medicazioni o avere innesti di pelle. Su 60 letti disponibili ci sono oltre 50 malati e gli accompagnatori, familiari che si occupano dei pasti. All'interno c'è anche una scuola con una classe unica di bambini che non chiude mai per le vacanze, perché ci sono sempre bambini malati di passaggio. Il Centro fa parte del programma nazionale di lotta contro la lebbra e il buruli del ministero della salute ed è gratuito al 100%. Questo organismo caritativo porta il nome di colui che l'ha fondato nel 1945. Pobè si trova in una zona endemica alla frontiera con la Nigeria, Paese più popolato del continent che registra a sua volta 4000 casi di lebbra ogni anno. In questa zona rurale i lebbrosi sono soprattutto contadini. Cfr. Fondation Raoul Follereau: www.raoul-follereau.org.

²⁶⁰ Ministère de la Santé, République du Bénin, *Programme national de lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli* : <http://www.sante.gouv.bj/spip.php> (ultima visualizzazione febbraio 2017).

²⁶¹ T. Vey, *Le Bénin peine à éradiquer la lèpre*, in «Le Figaro», 30/01/2017 : <http://sante.lefigaro.fr/article/le-benin-peine-a-eradiquer-la-lepre> (ultima visualizzazione febbraio 2017, trad. mia)

²⁶² S.K. Noordeen, *Elimination de la lèpre en tant que problème de santé publique : situation et perspectives*, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 73 (1995) 2, pp. 143-148.

²⁶³ OMS, *La lèpre*, octobre 2016: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/fr/> (ultima visualizzazione febbraio 2017).

²⁶⁴ T. Vey, *Le Bénin peine à éradiquer la lèpre*, cit.

²⁶⁵ OMS/WHO, *International Federation of Anti-Leprosy Associations* (ILEP): <http://www.who.int/lep/partners/ilep/en/> (ultima visualizzazione febbraio 2017).

ripetuti con i malati possono contrarre la lebbra. La famiglia insomma»²⁶⁶. Tale metodologia porta con sé ulteriori vantaggi: anzitutto educa le popolazioni rurali ad interpretare i primi sintomi della malattia per favorire le cure precoci e poi dimostra al gruppo, a partire del caso concreto del familiare guarito, che la malattia è curabile con i farmaci moderni e non ha nulla a che fare con il maleficio.

Altro impegno del Centro è introdurre i lebbrosi, sottoposti al trattamento farmacologico e dunque in via di guarigione, a dei mestieri (come coiffeur, mototaxi driver etc.) per facilitare il loro reinserimento nella comunità di appartenenza sul modello prima ricordato dei centri di salute mentale della Saint Camille²⁶⁷, in ossequio al motto del fondatore

²⁶⁶ Ivi, dove si legge la storia di Kannynso, donna beninese curata al centro Follereau, che ha contagiato la figlia e, dopo lo screening, ci si avvede che anche il marito e probabilmente il cognato hanno contratto la malattia. Cfr. anche C. Drira, *Moi, Achille, ancien malade de lèpre au Bénin*, in «Jeune Afrique», 27/01/2017: <http://www.jeuneafrique.com/396897/societe/moi-achille-ancien-malade-de-lepre-benin/> dove si legge la storia di Achille: «Durante la mia infanzia, io e mia madre eravamo sempre vicini. Ero il suo figlio preferito, stavamo spesso insieme. L'aiutavo a cucinare o a pulire. Ma lei si comportava in maniera strana. La vedevo procurarsi clandestinamente dei farmaci. Aveva dolori ai piedi, talvolta inciampava, ma non se ne lamentava mai. Durante gli anni '70, mia madre si curava segretamente e nascondeva la sua malattia ai membri della famiglia. Capii più tardi che era malata di lebbra, e che me l'aveva trasmessa. Mia madre nascondeva con pudore la sua sofferenza. La paura del rifiuto la spingeva a curarsi da sola, senza essere seguita da specialisti. Ma il suo stato di salute è peggiorato ed è deceduta. Lasciando la campagna beninese per raggiungere Cotonou ho scoperto la mia infermità verso la fine degli anni '80. Fuori la gente mi fissava a causa dei miei segni sulle mani e sul viso. Non sapevo ancora di essere malato. Consultai un medico in un Centro di salute. Mi diagnosticarono la lebbra, ero già ad uno stadio avanzato della malattia. Mi sono fatto fare uno screening [*dépistage*], ma i segni sono apparsi lo stesso. Ho perso l'uso della mano sinistra a 27 anni. Si è progressivamente deformata, poi paralizzata. Sono guarito dopo diversi anni, anche i segni sono spariti. Ma soffro di effetti secondari dei trattamenti. Il mio corpo sopporta male il cortisone, farmaco che prendo da 12 anni. La mia vista si è indebolita e ho subito una grossa operazione per una protesi all'anca. Ho l'impressione di essere guarito da una malattia per soffrire di altre. Curare la lebbra è complicato». Ivi, trad. mia, ultima visualizzazione febbraio 2017.

²⁶⁷ «Oladélé Kochelou aveva una ventina d'anni e lavorava la terra con i suoi familiari agricoltori di Pobé quando si ammalò. Abbastanza rapidamente gli fu diagnosticata la malattia e fu curato al centro della Fondazione Follereau, oggi ha dei discreti degni: qualche ditta della mano destra uncinati [*en griffe*], ma tutti presenti. Quando tornò nella comunità, la famiglia lo nascose in casa, come se avesse una malattia di cui avere vergogna, nonostante lui avesse voglia di uscire, di vivere normalmente. «*Suo padre era un pò difficile e ho dovuto incontrarlo più volte per spiegargli che Oladélé non era più contagioso, che poteva essere toccato senza rischi di contaminazione e che bisognava proporgli un nuovo lavoro*» ricorda Blandine Sezonlin, assistente sociale del centro Follereau, che lavorava in collaborazione con il centro di promozione sociale della città. «*Ero interessato alla pittura, al moto-taxi (il Zem, molto in voga in Bénin) o a fare il barbiere*», ricorda Oladélé. Ma dopo qualche riflessione, Blandine lo dissuade dal guidare il zem perché, a causa della sua insensibilità parziale, avrebbe potuto bruciarsi sul tubo di scappamento. Con le forbici del barbiere ci sarebbe comunque stato un rischio! Ma Oladélé ama la sfida. Diviene apprendista per sei mesi, poi è presentato a Saliou Dourossimi, proprietario di un salone situato davanti la moschea rosa che, dopo qualche esitazione, lo assume per tre anni». Interessante è anche la storia di «Igue, 60 anni, è guarito dalla lebbra da molto tempo, ma ne porta ancora dei pesanti segni. La sua mano sinistra e il suo piede destro sono ridotti a dei monconi, al punto che la mia mano destra ha conservato tre dita e che il suo piede sinistro è protetto da una scarpa. Cammina con delle stampe e dispone di un triciclo per uscire. Non ricorda molto dell'inizio della sua malattia, quando coltivava la terra con suo padre in un villaggio situato a 7 km da Pobé (Bénin). Non sapendo cosa gli stava accadendo, errò fino alla campagna prima di arrivare all'ospedale di zona di Pobé dove lo curarono, facendogli pagare i medicinali fino a che non ebbe più denaro. Si trasferì nel lebbrosario, dove incontrò un'infermiera alla festa annuale dei lebbrosi di Adja-Ouèrè, che lo condusse al centro Follereau dove gli rifecero le medicazioni per tre giorni. Lì guarì definitivamente. Ma che fare dopo? Cominciò a costruirsi una baracca miserabile vicino al centro Follereau. Era respinto dalla sua famiglia. Visse così a Pobé, vendendo della benzina. Poi si lanciò nella vendita di ceste e gabbie per volatili di vimini, a base di figlie di palma. «*Ci impiego un giorno per fare una gabbia e la vendo a 1000 CFA*», dice. Ma oggi non si vende più molto. Fortunatamente i suoi vicini gli danno del mais, dei fagioli e

Follerau secondo il quale *non si può solo curare un malato di lebbra: è inutile curarlo se poi viene emarginato dalla società*²⁶⁸.

Un altro degli otto centri per lebbrosi del Bénin, il più antico, è il Centro dei camilliani di Davougon²⁶⁹, sito a 130 km da Cotonou, divenuto ad oggi un punto di riferimento essenziale del Paese, riconosciuto anche dall'OMS. Il pilastro di questo centro è Padre Christian Stenou che vive al fianco dei lebbrosi da oltre 40 anni ed, insieme a Padre Bernard Moëglé, è l'incarnazione di quello che Davougon rappresenta per i malati di lebbra: un punto di riferimento per le cure, il sostegno, la speranza che perpetua la tradizione dell'impegno contro la lebbra della Chiesa missionaria che ha il suo cardine in Madre Teresa di Calcutta²⁷⁰. Qui in media vengono ospitati circa 150 pazienti con i relativi accompagnatori e, come accade nel già citato centro di Zagnanado, nessun paziente viene respinto, anche se affetto da altre patologie le cui cure altrove avrebbero dei costi insostenibili. Difatti un'importante strategia in uso a Davougon e condivisa con il Centro Raoul-Follereau consiste nel far convivere nelle stesse camere di ospedalizzazione diversi tipi di malati, al punto che non è possibile distinguere i lebbrosi dai tubercolotici, dalle vittime dell'ulcera di Buruli, dai sieropositivi od altri sicché non si determinino atteggiamenti discriminatori e stigmatizzanti nei riguardi di alcuno e si inizi ad introiettare l'idea che dette patologie, se curate, non sono contagiose. Un'operazione certo non semplice se si tiene conto della paura generata dalla semplice parola "lebbra": si preferisce pertanto parlare genericamente di "malattie della pelle", attenzione, questa, che ha poco peso presso le comunità locali ove è ancora molto viva la tradizione che rela le malattie dagli effetti manifesti, come la lebbra, alla *sorcellerie*.

Difatti molte delle patologie associate a deformazioni visibili sono accompagnate da un radicato sentimento di vergogna da parte di chi ne è affetto e dei familiari più prossimi oltre che dal timore del contagio da parte del gruppo di appartenenza che mette in campo atteggiamenti discriminatori e stigmatizzanti difficili da eludere. I lebbrosi, infatti, sono «persone che, vittime della loro stessa malattia, sono ghettizzate in villaggi lager lontani dalla

dell'olio. Ha lentamente ripreso i contatti con la famiglia. Spera di potersi dedicare alla tintura dei tessuti. Credendo in questo sogno, ha scritto sul suo traliccio: "*Non so se voi mi amate, ma io vi amo*". D. Sergeant, *Au Bénin, vivre après la lèpre*, in «La Croix», 31/01/2017: <http://www.la-croix.com/Sciences/Sciences-et-ethique/Au-Benin-vivre-apres-lepre-2017-01-31-1200821303> (ultima visualizzazione febbraio 2017, trad. mia).

²⁶⁸ Cfr. Fondation Raoul Follereau: www.raoul-follereau.org.

²⁶⁹ Cfr. la pagina web del Centro di Salute Saint Camille di Davougon: http://bj.geoview.info/centre_de_sante_saint_camille_davougon.63473357p

²⁷⁰ In particolare «la Chiesa gestisce nel mondo 684 lebbrosari, secondo i dati dell'ultimo Annuario Statistico della Chiesa, 81 in più rispetto all'anno precedente. Questa la ripartizione per continente: in Africa 229, in America 72 (totale), in Asia 322, in Europa 21 e in Oceania 4». Agenzia Fides- VATICANO- *Cresce l'impegno della Chiesa missionaria per i malati di lebbra: 648 lebbrosari nel mondo*, 24/01/2015: http://www.fides.org/it/news/56858-VATICANO_Cresce_l_impegno_della_Chiesa_missionaria_per_i_malati_di_lebbra_648_lebbrosari_nel_mondo#.WTq3s-vyjiU (ultima visualizzazione febbraio 2017)

civiltà e dimenticati da tutti»²⁷¹, ma questo accade nella migliore delle ipotesi: nella maggior parte dei casi sono allontanati, abbandonati e lasciati morire di fame e di dolore. Quando, invece, cercano di nascondersi e di ribellarsi alla prassi escludente, rischiano di imbattersi in reazioni violente: «case rase al suolo, campi saccheggianti, donne ripudiate, si fa di tutto per allontanare i malati, spesso disabili in conseguenza della lebbra»²⁷².

La vita di un lebbroso non è semplice: le sue opportunità di ricevere un'educazione, ottenere un impiego, contrarre matrimonio, ma anche semplicemente avere accesso ai servizi e ai luoghi pubblici, insomma di tutti requisiti – che tra un attimo definiremo *capacità* – ricomprendibili nel concetto di *vita dignitosa*, spesso sono un'utopia.

Superare il dis-crimine è uno dei principali obiettivi degli operatori del centro di Davougon che, oltre ad impegnarsi nel reperimento, nella somministrazione e nella diffusione dei trattamenti farmacologici adeguati, dedicano altrettanta premura al lavoro di sensibilizzazione, orientato a superare lo stigma che involve detti malati, ad informare le famiglie e le comunità limitrofe della non epidemicità della lebbra se il malato è sottoposto a cure adeguate per offrire al lebbroso un'alternativa di vita possibile.

La reintegrazione dei malati sottoposti a trattamento nelle comunità di provenienza è una priorità per il lebbrosario: «*Cerchiamo sempre di reinsediare [i malati] nel loro villaggio d'origine e nel loro contesto familiare al fine di non creare dei ghetti di vecchi lebbrosi che vivono di elemosina*, spiega Christian Stenou. *Aiutiamo alcuni a coltivare un piccolo appezzamento di terra, altri a sviluppare un piccolo commercio o ad imparare un mestiere*»²⁷³. Accade talvolta che lebbrosi oramai guariti preferiscano restare al dispensario piuttosto che rientrare nelle proprie case: molti, infatti, decidono di diventare aiuto infermieri o collaboratori del Centro di Davougon.

Per aggirare il fenomeno dell'esclusione, infatti, oltre alla strategia descritta di sensibilizzazione delle famiglie e responsabilizzazione dei malati passante attraverso il lavoro, viene adottata anche una metodologia preventiva: si cerca di trattenere poco i lebbrosi al Centro²⁷⁴ per non recidere del tutto i legami con la famiglia e si stabiliscono regole, invero

²⁷¹ M. Faraboni, *Tra i malati di lebbra dimenticati da tutti nell'Africa profonda*, in «Il Giornale», 10/09/2015: <http://www.ilgiornale.it/news/benin-1168889.html> (ultima visualizzazione febbraio 2017).

²⁷² *La lépre, une maladie faussement disparue*, in «Le Nouvel Observateur», 26/01/2017: <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/20170126.AFP6178/la-lepre-une-maladie-faussement-disparue.html> (ultima visualizzazione febbraio 2017, trad. mia).

²⁷³ P. Lepidi, *A Davougon, la lèpre n'est pas une fatalité*, cit. dove il giornalista intervista il nostro interlocutore padre Christian Stenou.

²⁷⁴ T. Vey, *Le Bénin peine à éradiquer la lèpre*, cit. : «Il trattamento antibiotico dura uno/due anni. “Il bacillo ci mette un po’ a riprodursi, basta somministrare una dose consistente ogni mese, poi continuare con piccole dosi quotidiane” spiega Christian Stenou (...) I malati che non hanno “reazioni” forti al bacillo dopo l’inizio del trattamento possono tornare al dispensario una volta al mese a prendere la loro dose mensile di trattamento. Gli

solo teoriche, orientate a disincentivare l'abbandono dei lebbrosi a Davougon. Difatti, ad oggi, è stata introdotta una norma particolarmente funzionale secondo la quale possono essere accolti al Centro solo quei malati che sono accompagnati da un familiare (o almeno così si lascia credere alle famiglie) il che, oltre a facilitare il problema delle trasfusioni di sangue, non allontana il malato dalla comunità di appartenenza e consente a quest'ultima di familiarizzare con la patologia, monitorare l'iter terapeutico e farmacologico, avvedersi della guarigione del proprio caro e della sua non epidemicità per, infine, ricondurlo nel gruppo dal quale non viene mai del tutto escluso²⁷⁵.

Tutto ciò ha contribuito non poco al ridimensionamento del fenomeno dell'esclusione dei lebbrosi il che, unendosi agli avanzamenti nello screening precoce e nella diffusione delle cure, all'impegno nazionale e sovranazionale per la sensibilizzazione (dall'*Association mondiale contre la lèpre* all'istituzione delle Giornate Mondiali dei Lebbrosi 27/29 gennaio, giunte alla 64esima edizione²⁷⁶, che tengono l'attenzione sulla malattia) e la fornitura gratuita dei farmaci, al lavoro instancabile dei Centri come il Follereau e Davougon, ha condotto ad una riduzione di tale malattia della povertà²⁷⁷.

Tuttavia, affinché vi possa essere una effettiva evoluzione della società tribale beninese, la lebbra dovrà essere sempre meno intesa come fenomenologia di un male morale e spirituale e maggiormente ricondotta al suo aspetto clinico, cosa che invero pure è esperibile. Rileva, infatti, padre Christian che «adesso, in realtà, rispetto ai lebbrosi l'esclusione è diminuita un po' perché ve ne sono di meno, un po' io credo che l'evoluzione della società abbia permesso

altri saranno ospedalizzati per tutta la durata del trattamento, con un accompagnatore (di solito una donna)» (trad. mia).

²⁷⁵ Cfr. intervista a Padre Bernard e Padre Christian: riferendosi ai sieropositivi «Bernard spiega che non è facile rapportarsi con i malati in stadio avanzato: anche se il veto è solo teorico, proibisce l'ospedalizzazione di pazienti in stadio terminale, dal momento che il rischio è che se i malati muoiono a Davougon si pone il problema di andare a cercare la famiglia dello stesso perché un'anima non onorata con il rito funebre, secondo la credenza locale, non ha speranza di riscatto né in questa vita né dopo. A Davougon vengono accolti malati di ogni tipo, anche i malati mentali, ma come per i lebbrosi e i sieropositivi anche i malati mentali non vengono mai ammessi da soli: c'è bisogno di un familiare che li accompagni e se ne prenda cura affinché vi sia un controllo costante e, soprattutto, resti vivo il contatto con la famiglia, altrimenti verrebbero abbandonati qui dai parenti. In caso di assenza o rifiuto risoluto da parte delle famiglie qui vige la prassi secondo la quale un malato mentale meno grave viene fatto affiancare ad uno più grave sicché i due si controllino reciprocamente e si instauri tra di loro un contatto interumano forte che contribuirà al recupero della loro salute mentale». *Infra*, pp. 458-459.

²⁷⁶ La Giornata mondiale dei malati di lebbra è stata istituita nel 1954 dallo scrittore e giornalista francese Raoul Follereau. Cfr. la già citata: Fondation Raoul Follereau: www.raoul-follereau.org

²⁷⁷ Si ricordi il discorso di Papa Benedetto XVI dell'Angelus del 14 ottobre 2007 in cui il pontefice ha sottolineato lo stretto collegamento esistente tra il persistere di questa malattia e i gravi squilibri sociali che penalizzano larga parte dell'umanità. *Benedetto XVI, Angelus 14 ottobre 2007*: http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/angelus/2007/documents/hf_ben-xvi_ang_20071014.html (ultima visualizzazione febbraio 2017). Anche l'attuale pontefice, Papa Francesco, ha più volte rivolto la sua preghiera ai malati di lebbra del Terzo Mondo rimarcando l'urgenza di lottare contro il morbo e le discriminazioni che esso genera. *Il Papa nella Giornata contro la lebbra: più cure, meno esclusione*, in «Radio vaticana» 27/01/2017: http://it.radiovaticana.va/news/2017/01/29/si_celebra_la_giornata_mondiale_dei_malati_di_lebbra_/1288719 (ultima visualizzazione febbraio 2017).

di considerare la lebbra una malattia come le altre. Per questo si può dire che l'esclusione sia un po' diminuita»²⁷⁸.

1.2 L'ulcera del Buruli

Si è fatto cenno ad un'altra "malattia della pelle", l'ulcera del Buruli, anch'essa patologia infettiva, prossima alla lebbra e alla tubercolosi che ha preso il nome dalla regione dell'Uganda in cui furono rinvenuti i primi casi nel 1960. L'ulcera del Buruli si presenta al principio come una semplice irritazione indolore del corpo, ma quello è solo il primo segno che il bacillo si è annidato sotto la pelle, dove inizierà presto a moltiplicarsi prima di attaccare il tessuto sottocutaneo, rodere gli organi, fino alle ossa, e il dolore, allora, sarà insostenibile.

L'OMS ha definito l'Ulcer del Buruli come «una malattia infettiva della pelle, causata dal *Mycobacterium ulcerans*, caratterizzata da un nodulo, una papula, una placca o un edema indolore, che evolve in un'ulcera indolore con bordi indeterminati, che spesso conduce a conseguenze invalidanti. A volte distrugge anche le ossa»²⁷⁹. Dopo la tubercolosi e la lebbra, l'ulcera del Buruli è la terza più comune infezione micobatterica la cui incidenza ha conosciuto in significativo aumento di recente, soprattutto in Africa Occidentale, pertanto è stata riconosciuta nel 1997 dall'OMS come un emergente problema di salute pubblica²⁸⁰.

Generalmente l'Ulcer del buruli è una malattia tipica delle aree rurali, associata alle zone umide, dal che viene fatto inferire che il modo di trasmissione non sia veicolato dalle persone, ma al più attraverso insetti e animali tipici dei luoghi stagnanti²⁸¹, considerati focolai endemici, come le frequenti paludi del Bénin o i piccoli corsi d'acqua dove i bambini, particolarmente colpiti da detto morbo, usano giocare. Difatti:

«In accordo con studi precedenti, il rischio di contrarre l'Ulcer del Buruli è più alto nei bambini al di sotto dei 15 anni d'età. I bambini di 3-4 anni hanno un crescente rischio di contrarre l'Ulcer

²⁷⁸ Intervista a p. Christian, *infra*, p. 435.

²⁷⁹ K. Asiedu- R. Scherpier- M. Raviglione (eds.), *Buruli ulcer-Mycobacterium ulcerans infection*, WHO, Geneva, 2000, p. 1: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66164/1/WHO_CDS_CPE_GBUI_2000.1.pdf (trad. mia).

²⁸⁰ M. Debacker- F. Portaels- J. Aguiar- C. Steunou- C. Zinsou- W. Meyers- M. Dramaix, *Risk factors for Buruli Ulcer, Bénin*, in «Emerging Infectious disease», 12 (September 2006) 9, pp. 1325- 1331, ivi, p. 1325.

²⁸¹ Cfr. J. Butine -K. Crofts (eds.), *Buruli ulcer. Management of Mycobacterium ulcerans disease*, WHO, Geneva, 2001; F. Portaels - P. Johnson - W.M. Meyers (eds.), *Buruli ulcer. Diagnosis of Mycobacterium ulcerans disease. A manual for health care providers*, WHO, Geneva, 2001; OMS/WHO, *Epidemiology*, in *Buruli ulcer-Mycobacterium ulcerans infection*, cit., pp. 9-14. Cfr. OMS/WHO: *Buruli Ulcer*, February 2017: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/en/>; Id., *Clinical epidemiology of laboratory-confirmed Buruli ulcer in Bénin: a cohort study*, July 2014: http://www.who.int/buruli/resources/tlgh_buruli_20140207/en/; M. Debacker- J. Aguiar- C. Steunou- C. Zinsou- W. Meyers- F. Portaels, *Buruli Ulcer Resurgence- Bénin*, in «Emerging Infectious Disease», 11 (April 2005) 4, pp. 584-589: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3320346/>.

del Buruli se fanno uso di acqua non potabile e vivono in aree per l'Ulcera del Buruli. Per tali ragioni l'abbigliamento conferisce protezione contro l'Ulcera del Buruli, come riportato in Costa d'Avorio. In Africa, i bambini di meno di un anno d'età sono spesso protetti da vestiti, cappelli e stivaletti. Ad 1-2 anni i bambini iniziano a camminare e a giocare nello sporco vicino la loro casa, a 3-4 anni sono molto indipendenti e vagano liberamente nell'ambiente, solitamente poco vestiti, il che aumenta l'esposizione all'ambiente contaminato. L'uso di acqua non potabile aumenta il rischio di Ulcera del Buruli (>40), specialmente nei bambini che hanno meno di 5 anni d'età»²⁸².

Dunque la malattia miete il maggior numero di vittime soprattutto tra i giovanissimi e un po' meno tra gli adulti i quali, al di là di una più controllata esposizione agli agenti contaminanti, sviluppano una sorta di resistenza che dopo i 50 anni li immunizza dalle infezioni o consente alle stesse di avere un decorso molto più lento e meno traumatico. Inoltre l'ulcera del Buruli colpisce in modo indiscriminato i due sessi, manifestandosi in varie forme, creando piaghe che destano ribrezzo e che, se non trattate, possono condurre a mutilazioni o alla morte.

«In Bénin dal 1989 al 2001, il Centro Sanitario e Nutrizionale Gbemontin (CSNG) ha trattato più di 2.500 pazienti affetti dall'ulcera del Buruli»²⁸³ ed è il punto di riferimento regionale per il trattamento della patologia. Si è già parlato del Centro e, soprattutto, dell'opera della speciale Julia Aguiar, ma non si è detto che la suora è una delle maggiori esperte della malattia in questione contro la quale combatte senza sosta, perché non può accettare che una tragedia così violenta e disabilitante colpisca i più piccoli che, innegabilmente, costituiscono il suo "punto debole".

«Nel 1977 (...) la Suora ingaggia una battaglia senza quartiere contro la malattia. I farmaci di comune uso nella cura di altre micobatteriosi, come lebbra e tubercolosi, funzionano poco o nulla e dunque l'unica possibilità è chirurgica: è necessario asportare i tessuti contaminati completamente, lasciando esposte aree molto vaste prive della protezione cutanea, per poi gestire le stesse come si fa nelle grandi ustioni (...). Con cura attenta di ora in ora, di giorno in giorno, per settimane o mesi, in strutture semplici e con mezzi estremamente limitati. Successivamente, quando si è certi della detersione, occorre ricoprirle con trapianti di cute prelevata da aree sane del corpo anche in più di una seduta chirurgica, verificando l'attecchimento dell'innesto, prevenendo le infezioni, la necrosi, pronti a intervenire ancora, un lavoro titanico che richiede una abnegazione assoluta»²⁸⁴.

Imbarcata in una missione senza precedenti «la Suora ricorda spesso di aver cominciato a mani nude: pochi ferri, una lama di rasoio Gillette montata su una pinza, garze, bende e poco altro. Al di fuori di una volontà fermissima di salvare il malato con l'impegno e

²⁸² M. Debacker- F. Portaels- J. Aguiar- C. Steunou- C. Zinsou- W. Meyers- M. Dramaix, *Risk factors for Buruli Ulcer, Bénin*, cit., p. 1329 (trad. mia).

²⁸³ M. Debacker- J. Aguiar- C. Steunou- C. Zinsou- W.M. Meyers- F. Portaels, *Buruli ulcer recurrence, Bénin*, cit., p. 584 (trad. mia).

²⁸⁴ E. Di Salvo, *Gbemontin. La vita ritrovata*, cit., p. 136.

l'amore»²⁸⁵. Julia capì presto che la malattia bisogna coglierla al suo esordio onde evitare amputazioni o, addirittura, la morte, sicché decise di intraprendere un'opera di ricerca dei vari casi diffusi presso i villaggi vicini al Centro Gbemontin, quasi tutti in cura presso i guaritori tradizionali: i casi rintracciati vennero fotografati e catalogati e da qui nacque un archivio che fu sottoposto nel 1995 alla biologa belga F. Portaels in visita al Centro, la quale decise di intraprendere una collaborazione con la Suora per lo studio e l'approfondimento della malattia che mise capo ad una importante pubblicazione scientifica sulla rivista *Lancet*²⁸⁶.

Lo studio continua a tutt'oggi: ogni martedì, da oltre vent'anni, padre Christian assiste suor Julia a Zagnanado nelle operazioni di ulcera del Buruli durante le quali vengono prelevati dei campioni di ogni ulcera che saranno poi inviati all'istituto di ricerca della dottoressa belga ove verranno proseguiti gli studi²⁸⁷.

Dunque molto si sta facendo per studiare una malattia di acquisizione abbastanza recente, al fine di comprendere le cause, così da procedere con la sensibilizzazione in tema di prevenzione ed individuare le cure più appropriate. Al momento, come detto, le operazioni di rimozione continua dei tessuti contaminati rappresentano l'unica possibilità di salvezza il che, evidentemente, presuppone trattamenti molto lunghi e costosi che, eccetto nel caso di Zagnanado ove le cure sono pressoché gratuite, non sono certo sostenibili dai malati.

Inoltre si accanisce su un malato, già devastato nel suo corpo e mostruoso nell'aspetto, l'inclemenza della tradizione che esclude risolutamente dal gruppo coloro i quali *impropriamente* sono considerati passibili di contagio.

²⁸⁵ Ibidem.

²⁸⁶ Suor Julia, insieme alla prof.ssa F. Portaels, docente di biologia a Bruxelles, poi Responsabile della Microbiologia, sezione Tubercolosi e ulcera di Buruli dell'Istituto di Medicina Tropicale di Anversa (Belgio) hanno scoperto e studiato l'ulcera del Buruli, malattia infettiva e degradante delle regioni umide tropicali e subtropicali che negli anni 70-80 interessava pochi ricercatori. Dogbo prima e Gbemontin poi hanno sin da subito rappresentato l'unico luogo di cura di questa patologia nel Bénin. Il lavoro è sempre stato condiviso: Padre Christian a Davougon, insieme al dott. A. Guédénon, coordinatore dipartimentale del Programma Nazionale contro la lebbra e la tubercolosi, hanno collaborato a sensibilizzare il Ministro della Salute beninese e la Facoltà di Medicina rispetto all'ulcera del Buruli, fino a quel momento ignorata nonostante fosse endemica nel Paese. Solo nel 1998 fu istituito un primo Congresso Internazionale a Yamoussoukro sull'ulcera del Buruli e, solo dopo, Medici Senza Frontiere Bruxelles aprirono un centro a Lalo e lo Stato ne attrezzò qualche altro a Sud del Bénin. In seguito Suor Julia e Padre Christian sono stati aiutati dal Dott. Christian Johnson, allora coordinatore nazionale dell'ulcera del Buruli, finalmente riconosciuta a livello internazionale, divenuto poi consulente internazionale presso l'Associazione francese Raoul Follereau di Parigi ed oggi nuovo presidente dell'associazione internazionale dei leprologi ILA. Cfr. E. Di Salvo, *Gbemontin. La vita ritrovata*, cit., pp. 110 e 136-137.

²⁸⁷ Oltre a quelli già citati si vedano anche: J. Aguiar- M.C. Domingo- A. Guedenon -W.M. Meyers-C. Steunou- F. Portaels, *L'ulcère de Buruli, une maladie mycobacterienne importante et en recrudescence au Benin*, in «Bull. Seances Acad. R. Sci. Outre Mer», (1997) 3, pp. 325-356; J. Aguiar, C. Steunou, *Les ulcères de Buruli en zone rurale au Bénin: prise en charge de 635 cas*, in «Med Trop», (Mars. 1997) 57, pp. 83-96; M. Debacker, J. Aguiar, C. Steunou, C. Zinsou, W.M. Meyers, J.T. Scott, et al., *Mycobacterium ulcerans disease: role of age and gender in incidence and morbidity*, in «Trop Med Int Health», (2004) 9, pp. 1297-304.

Pertanto, onde evitare che alle brutture delle piaghe foriere di esclusione sociale si uniscano amputazioni disabilitanti che non lascerebbero al malato possibilità di sopravvivere da solo, isolato com'è dal contesto di appartenenza, la filosofia ispiratrice del Centro si propone non solo di salvare dalla morte il malato o condurlo alla guarigione, bensì di consentirgli il raggiungimento di una *qualità della vita* accettabile: «questo significa certamente riuscire a dare al paziente il minor numero possibile di limitazioni funzionali, ma anche un aspetto esteriore che non sia causa di orrore per gli altri e di vergogna per se stessi»²⁸⁸.

Tuttavia per impedire alla malattia di avanzare oltremodo, sì da prevenire il meccanismo escludente, pare indispensabile

«creare centri regionali che consentono ai pazienti un facile accesso ai trattamenti con minime distanze di viaggi e contenuti costi, dove è possibile per i pazienti assistere a sessioni educative ed informative sulla malattia, il che potrebbe attrarre altri Centri che potrebbero decidere di dedicarsi al trattamento dell'Ulcera di Buruli nella propria regione. Questa prossimità potrà rendere il follow up dei pazienti più agevole ed essere una fonte di nuove informazioni sulla patologia per la popolazione. Questo processo, inoltre, può diminuire lo stigma che riguarda l'ulcera di Buruli portando a considerarla come una malattia e diminuendo il numero di pazienti affetti dall'ulcera di Buruli che si rivolgono ai guaritori tradizionali»²⁸⁹.

1.3 L'HIV

Come ricorda padre Christian:

«I – (...) Quando si parla di esclusione nel sistema della salute è di diversi tipi, l'esclusione si verifica anche a causa della povertà. La sanità è inaccessibile per la maggioranza della popolazione. A Davougon ci sono anche i malati di HIV che pure sono oggetto di forme di esclusione. C – Lo stesso accade per i bambini che nascono da una madre affetta da HIV? I – sì. Non sono esclusi, gettati o uccisi, ma vengono prevalentemente abbandonati e si ritrovano soli. C – E sono loro che vengono da voi, o c'è qualcuno che va a cercarli nei villaggi? I – Vengono loro, ma ci sono anche gruppi di persone che vanno nei villaggi. Noi facciamo lo screening anche durante le consultazioni e il lavoro interessante consiste nel mostrare che le persone che sono affette dall'HIV possono vivere anche molto bene se seguono il trattamento seriamente: ci sono poi delle testimonianze, di coloro che accettano di parlare e dire: “io sono malato da 10 anni, da 15 anni, ma continuo il mio lavoro ... questo incoraggia gli altri a curarsi eventualmente a farsi depistare. Spesso accade che le persone vengono per altre malattie e qui ci accorgiamo che sono affetti da HIV. Ci sono molti casi di persone che si sono stabilizzate e che conducono una vita

²⁸⁸ E. Di Salvo, *Gbemontin. La vita ritrovata*, cit., p. 140.

²⁸⁹ M. Debacker- J. Aguiar- C. Steunou- C. Zinsou- W.M. Meyers- F. Portaels, *Buruli ulcer recurrence, Bénin*, in «Emerging Infectious disease», cit., p. 588 (trad. mia).

normale. Somministriamo loro gli antivirali, ce li fornisce lo Stato, non li abbiamo certo per tutti, ma nella maggior parte dei casi riusciamo a curarli. C – Quando i malati lasciano l’Ospedale continuano a prendere i farmaci regolarmente? I – Normalmente loro devono periodicamente venire qui a prenderli, per questo accade che spesso abbandonano. Ci sono persone che, poi, vanno a cercarli a domicilio per portare loro i farmaci»²⁹⁰.

È d’uopo, dunque, aggiungere all’elenco di malattie foriere di esclusione anche l’HIV e, più in generale, le Infezioni Sessualmente Trasmissibili (come la clamidia, l’herpes genitale, la gonorrea, il papilloma virus, la sifilide)²⁹¹ rispetto alle quali il timore del contagio, pur essendo dal punto di vista sanitario pienamente controllabile, causa un immediato allontanamento del malato dal gruppo.

Due terzi dei malati di HIV vivono in Africa subsahariana: la percentuale di adulti portatori di HIV resta stabile (quasi 22,5 milioni) il che, tenuto conto della crescita demografica, implica che vi sia un numero crescente di persone contagiate (ogni giorno circa 5000 adulti e bambini). Circa tre quarti dei decessi registrati in questa porzione di mondo sono legati all’HIV: 1,8 milioni di persone solo nel 2009. Quanto ai bambini affetti da HIV (2,3 milioni in Africa sub sahariana), in più del 90% dei casi sono stati contagiati dalle madri durante la gravidanza, la nascita o l’allattamento²⁹², anche se un semplice trattamento antiretrovirale durante e dopo la gravidanza può ridurre tale rischio.

«La prevalenza di HIV ha raggiunto un picco in Bénin alla fine degli anni ’90 e ad oggi lentamente diminuisce. (...) La prevalenza è due volte più elevata nelle donne (1,5 %) rispetto agli uomini (0.8%): per 100 uomini contagiati, 188 donne sono contagiate»²⁹³.

Tuttavia in Bénin ad oggi è possibile registrare che il tasso di prevalenza dell’HIV si è stabilizzato all’1,2% della popolazione (percentuale enorme rispetto ai circa 10 milioni di

²⁹⁰ Intervista a p. Christian, *infra*, p. 442.

²⁹¹ F. Roudi-Fahimi –L. Ashford, *Sexual and Reproductive Health in the Middle East and North Africa: A Guide for Reporters*, Population Reference Bureau, Washington, DC, 2008: www.prb.org/Reports/2008/mediaguide.aspx (ultima visualizzazione febbraio 2017).

²⁹² PRB (Population reference bureau): *Un guide sur la santé reproductive en Afrique de l’Ouest francophone à l’attention des journalistes*, 2011 : http://www.prb.org/pdf11/west-africa-media_fr.pdf (ultima visualizzazione febbraio 2017). L’HIV (Human Immunodeficiency Virus) distrugge alcuni globuli bianchi (CD4 o cellule T) di cui il sistema immunitario ha bisogno per combattere la malattia. L’HIV è presente nel sangue, nello sperma e nelle secrezioni vaginali di una persona contagiata. Il virus, come è noto, può essere trasmesso attraverso rapporti sessuali non protetti con una persona infetta, la condivisione di siringhe o altro materiale per iniezioni con una persona infetta, la ricezione di una trasfusione sanguigna contenente sangue infetto dal virus dell’HIV, l’esposizione al virus nell’utero di una madre sieropositiva, durante il parto o l’allattamento. Il virus non si trasmette attraverso contatti occasionali, come una stretta di mano o un abbraccio. Non si trasmette attraverso le zanzare. ONUSIDA, *Rapport sur l’épidémie mondiale de sida 2010*, ONUSIDA, Genève 2010: www.unaids.org; Id., *Afrique subsaharienne Le point sur l’épidémie de sida. Résumés par région*, ivi, Mars 2008 (ultima visualizzazione febbraio 2017).

²⁹³ PRB (Population reference bureau): *Un guide sur la santé reproductive en Afrique de l’Ouest francophone à l’attention des journalistes*, cit.

abitanti, ma molto inferiore rispetto alle altre zone dell'Africa Occidentale)²⁹⁴ da circa un decennio. Ciò, evidentemente, mostra un importante impegno di sensibilizzazione e diffusione delle cure, sovranazionale²⁹⁵, ma anche nazionale²⁹⁶, che ha condotto nel 2015 a registrare i seguenti risultati: «per la trasmissione della malattia dalla madre al figlio il tasso è passato dal 12,14% nel 2012 al 7,62 nel 2015. Qui, quasi il 91% di donne incinte sono state depistate, di cui 4.597 sono risultate positive. Il 72% sono sotto antiretrovirali contro il 47,5% del 2012. Allo stesso modo il 51% di bambini nati da queste donne hanno beneficiato di una diagnosi precoce dell'HIV, prima dei due mesi di vita»²⁹⁷. Dati, questi, che già un anno dopo, nel 2016, hanno conosciuto ulteriori progressi: la stima è di 75.268 malati di HIV nel 2016 di cui 43.268 donne e 4.589 bambini di meno di 15 anni, secondo l'ONUSIDA²⁹⁸. Inoltre il tasso di copertura di antiretrovirali continua a crescere, al punto che è quasi al 74% e i siti che offrono servizi di Prevenzione della Trasmissione Madre-Figlio (PTME) sono passati da 33 a 450 in 12 anni con un tasso di copertura del 60%²⁹⁹.

Ciononostante la discriminazione nei confronti dei sieropositivi è un fenomeno molto grave ed indisconoscibile, ma, allora, considerando che la malattia è curabile e che i farmaci sono gratuiti, è ancora una volta alla tradizione che bisogna ascrivere la matrice dell'esclusione sociale di cui tali malati sono vittima³⁰⁰.

²⁹⁴ A. Ibe Chiwuba, *The politics of HIV, Aids in Africa. A confrontation between the Western and indigenous prevention policies in Nigeria and Uganda*, If Press, Firenze, 2009.

²⁹⁵ Si pensi al Fondo globale per la lotta all'Aids, Tbc e Malaria: <http://www.osservatorioaids.it/tag/fondo-globale-per-la-lotta-allaids-tbc-malaria/>; alla Banca Mondiale che porta avanti un Progetto Multisettoriale di Lotta contro l'HIV (World Bank: *Multi-sectorial HIV/Aids Project*: <http://projects.worldbank.org/P073118/multi-sectoral-hivaids-project?lang=fr&tab=overview>); alle iniziative dell'ONU che ha adottato una politica sull'HIV e un piano mondiale per eliminare le nuove infezioni nei bambini e mantenere le loro madri in vita secondo HORIZON 2015. A livello mondiale, inoltre, si celebra da circa 30 anni la Giornata Mondiale dell'HIV: durante queste manifestazioni, seguite anche in Bénin, si cerca di diffondere ulteriormente le nozioni di prevenzione e cura dell'HIV e non discriminazione: *Zero nuove infezioni di HIV, zero discriminazioni e zero decessi* è uno degli slogan annunciato di recente che traluce un impegno, almeno teorico, dello stato non solo a finanziare le cure, ma anche a sensibilizzare la popolazione.

²⁹⁶ Programma Nazionale di Lotta contro l'HIV – PNLS, inoltre per ottemperare agli obiettivi dell'ONU il Bénin è passato ad un Piano di Eliminazione della Trasmissione dell'Hiv dalla Madre al Bambino, ETME, impegnatosi anche nella realizzazione degli Obiettivi del Millennio per lo Sviluppo 2015.

²⁹⁷ B. Ahouansè, *Le visage cache du Vih/Sida au Bénin*, in «La nouvelle tribune», 7/09/2016 : <http://www.lanouvelletribune.info/benin/societe/30263-le-visage-cache-du-vih-sida-au-benin> (ultima visualizzazione febbraio 2017, trad. mia).

²⁹⁸ ONUSIDA, *Fiche d'information 2016, Statistiques mondiales 2016*: http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2016/UNAIDS_FactSheet (ultima visualizzazione febbraio 2017) e cfr. anche B. Ahouansè, *Le visage cache du Vih/Sida au Bénin*, cit.

²⁹⁹ J. Yelouassi, *Quelles avancées dans la lutte contre le sida au Bénin ?*, in «La nouvelle tribune», 28/01/2013 : <http://www.lanouvelletribune.info/sante/13325-quelles-avancees-dans-la-lutte-contre-le-sida-au-benin> (ultima visualizzazione febbraio 2017).

³⁰⁰ OMS, Bureau Regional de l'Afrique, *Le Bénin a célébré la 25^e Journée Mondiale du SIDA au stade de l'Amitié à Cotonou* : <http://www.afro.who.int/fr/benin/press-materials/item/5201-le-b%C3%A9nin-a-c%C3%A9l%C3%A9br%C3%A9-la-25%C3%A8-journ%C3%A9e-mondiale-du-sida-au-stade-de-l%E2%80%99amiti%C3%A9-%C3%A0-cotonou.html> (ultima visualizzazione febbraio 2017).

Le malattie infettive, più delle altre, sono, infatti, considerate la manifestazione di una punizione divina o come l'efficace oggettivazione del maleficio inviato da terzi, particolarmente contagioso e violento, dal che si inferisce l'immediata reazione di allontanamento dei malati. Questi ultimi, convinti anch'essi che il male fisico abbia una ragione spirituale, si rivolgono dapprincipio ai guaritori tradizionali il che, nella maggior parte dei casi, avrà solo l'effetto di far avanzare il male (anche se talune cure tradizionali sono riconosciute efficaci dal sistema di cure ufficiali, come visto nella sezione precedente³⁰¹).

In molti casi i malati decideranno di non confessare la diagnosi al gruppo, giacché conoscono le conseguenze sociali cui andranno incontro: «discordia coniugale; violenze sulle donne; divorzi; morti premature; aumento del numero di orfani»³⁰². Secondo la credenza culturale locale anche l'infedeltà può essere alla scaturigine dell'HIV e, atteso che è la donna ad essere più sovente accusata della malattia, essa rischia di venire ripudiata dal marito; se, invece, lo screening dimostra che è il marito ad esserne infetto, si opterà per avere dei rapporti protetti. Quando, poi, sono i bambini ad essere vittima del male si può decidere di abbandonarli, di non mandarli a scuola o, peggio, di liberarsene. In proposito è manifesto lo scontro tra tradizioni e diritti: alla salute, all'istruzione, alla vita.

La lesione si ripete, talvolta, anche rispetto al diritto al lavoro: molti sono licenziati a causa della diffusione della notizia del loro essere affetti da malattie contagiose, addirittura alcuni datori di lavoro non assumono nuovi impiegati se non viene mostrato loro un test di screening³⁰³. Si intende, allora, che, al di là delle cure gratuite, lo Stato dovrà impegnarsi a prevedere sostegni in favore di tali malati che, oltre ad essere oltraggiati dalla loro società, sono colpiti da un male debilitante che sovente impedisce la normale continuazione della vita, soprattutto di quella lavorativa.

In proposito al fine di eradicare la convinzione che il sieropositivo sia portatore di nocumento trasmissibile alla comunità tutta, solo l'educazione, intesa come "vaccino sociale", potrà consentire un avanzamento. Obiettivo, questo, invero perseguito sia dallo Stato che da moltissime Associazioni ed ONG che si impegnano nella sensibilizzazione, lo screening gratuito e confidenziale, offrendo consultazioni mediche, cure, prescrizioni di antiretrovirali

³⁰¹ Cfr. Ministère de la Santé, Direction des pharmacies et du Médicament, Programme National de la Pharmacopée et de la médecine traditionnelles, *Manual de formation (a l'usage du Praticien de la Médecine Traditionnelle), Prise en charge des IST et du VIH-SIDA au Bénin*, Juillet 2007.

³⁰² *Manual de formation (a l'usage du Praticien de la Médecine Traditionnelle), Prise en charge des IST et du VIH-SIDA au Bénin*, cit., p. 28.

³⁰³ Ivi, p. 70.

ed accompagnamento sociale: una presa in carico globale di questi malati condannati alla solitudine³⁰⁴.

Una strategia particolarmente efficace per il trattamento dei malati di HIV che, mentre diffonde la conoscenza della malattia e *mostra* la sua non contagiosità se trattata, disincentiva la prassi di abbandono, responsabilizzando il gruppo, è quella perseguita nel già citato centro di Davougou. Padre Bernard Moëglé si serve di veti (nei fatti solo teorici): nel caso di specie proibisce l'ospedalizzazione di pazienti sieropositivi, soprattutto di quelli in stadio terminale, se non accompagnati da un parente. La ragione esteriore è che se i malati muoiono a Davougou si pone il problema di andare a cercare la famiglia dello stesso, perché un'anima non onorata con il rito funebre, secondo la credenza locale, non ha speranza di riscatto né in questa vita né dopo, ma la ragione profonda è di impedire, come nel caso suddescritto della lebbra, un'effettiva rottura del legame familiare causata dall'abbandono del malato nel Centro³⁰⁵.

Invero quel che si è potuto rilevare in questo dettagliato report delle malattie contagiose più diffuse in Bénin è che, nonostante esse siano curabili e, dunque, il pericolo di trasmissibilità controllabile dalla medicina moderna, la percezione culturale tradizionale dei malati resta radicata ad un timore apparentemente non motivato.

Tuttavia addurre, come si è fatto retoricamente al principio del capitolo, che vi sia una *ragionevolezza* nell'allontanamento da parte del gruppo del malato contagioso, a differenza delle altre forme di esclusione, è lettura distorta del problema che assume il punto di vista della mentalità occidentale. Per intendere adeguatamente la questione bisognerà, invece, recuperare il concetto di *contagio* e calarlo nell'orizzonte di significato della cultura beninese. Ciò mostrerà che, quand'anche la medicina moderna, come nei casi riportati, dovesse trovare delle cure e dimostrare la non contagiosità del malato, alla popolazione, radicata ad una nozione non clinica, ma spirituale del male, non basteranno le prove empiriche. Nessuna cura è considerata possibile se il malato è designato ad essere portatore di morte: tale resterà sempre, anche se i medici lo considerano guarito, giacché la guarigione antibiotica che loro offrono è del tutto impotente rispetto al dettato della tradizione.

³⁰⁴ In Bénin l'Associazione di Persone che vivono con l'HIV (PVVIH) si incarica anche dell'alimentazione e del nutrimento di malati, consapevole com'è dell'isolamento e della discriminazione che drammaticamente li involve. Vi è poi anche l'Associazione di Donne che vivono con l'HIV, molto attive nella prevenzione e la lotta contro l'HIV su tutto il territorio nazionale. Cfr. anche *Reseaux nationaux: ReBap+* (Réseau Béninois des Personnes vivant avec le VIH/SIDA); *Robs* (Réseau des ONG béninoises de santé); *Rabesj* (Réseau des associations béninoises de jeunes contre le sida), etc.

³⁰⁵ Cfr. Intervista a p. Bernard, *infra*, pp. 458-459.

Pertanto, onde evitare i mortiferi meccanismi escludenti di detta tradizione, bisognerà insistere nel già intrapreso cammino di sensibilizzazione non solo attraverso la diffusione delle cure (difatti sovente accade che le cure moderne siano abbandonate e il male si ripalesi, gettando discredito sulla medicina razionale), ma soprattutto agendo sulla mentalità attraverso la dimostrazione pratica – come si fa a Davougon e a Gbemontin – che è possibile discernere l’aspetto clinico da quello rituale della malattia, al fine di restituire ai malati i loro diritti, la loro dignità ed un’alternativa di vita personale e sociale possibile.

2. *De-generare. La donna beninese: maternità al vaglio della tradizione*

*L’Africa è donna, è la donna che sorregge l’Africa*³⁰⁶: sono espressioni frequenti ed invero specchio di una realtà ben esperibile in tutto il Continente africano, in particolar modo in Bénin ove la donna tradizionalmente ha sempre rivestito un ruolo non marginale, plurimo ed indispensabile per il gruppo.

Difatti, sin dall’antichità, quando il Bénin era ancora noto come Regno del Dahomey, la donna beninese era già tenuta nella massima considerazione dal gruppo dei suoi consimili: membro del Gran Consiglio del Regno assieme ai più grandi dignitari uomini di tutto il Paese o “regina madre”, *kpojito*, con prestigiosi compiti religiosi e politici, al punto che sovente poteva prendere la parola in vece del re³⁰⁷, era stimata anche per le sue non comuni doti militari.

Nel 1729, infatti, fu costituito il corpo delle Amazzoni del Dahomey, esercito permanente tutto femminile, rafforzatosi durante la monarchia di re Ghezo il quale pretese che ogni famiglia del regno donasse almeno una figlia al servizio dello stato: le donne che avevano accesso a questo corpo erano considerate socialmente pari agli uomini³⁰⁸.

La tradizione, dunque, non confina la donna in una posizione subalterna, anzi le riconosce un ruolo centrale, non solo per la gestione della casa e della prole, ma anche per la vita economico-politica del gruppo; difatti, quando gli uomini sono lontani, in guerra, in cerca di cibo e fortuna o in città per lavoro, sono loro che portano avanti la famiglia, sono garanti della sopravvivenza dei membri del clan, hanno il compito di provvedere

³⁰⁶ Cfr. J. Pedersoli, *Disabilità infantile nel Burundi rurale. Il ruolo delle caregivers informali*: http://files.spazioweb.it/aruba24605/file/disabilitinfantileburundi_pdf.pdf, p. 135 (ultima visualizzazione febbraio 2017).

³⁰⁷ E. Bay, *Wives of the Leopard: Gender, Politics, and Culture in the Kingdom of Dahomey*, cit., pp. 85-90.

³⁰⁸ Aa. Vv., *Boy-Wives and Female Husbands; Studies of African Homosexualities*, a cura di S. Murray e W. Roscoe, St. Martin's Press, New York, 1998, pp. 102-104.

all'approvvigionamento del gruppo, si prendono cura del focolare, si occupano dell'educazione dei figli, soprattutto della cura di quelli non autosufficienti o con disabilità.

A tutt'oggi la donna beninese conserva il suo ruolo peculiare: ricopre ancora cariche rappresentative, politiche e culturali di livello massimo (vi sono donne ambasciatrici, consoli, politici, ministri, docenti universitari), oltre ad essere il vero motore della famiglia, giacché al ruolo riproduttivo si accompagna quello produttivo. Difatti in diverse realtà del Paese, anche in quella oggetto di studio, gruppi di donne solidarizzano tra loro tentando, seppur con la fatica data dalle incombenze giornaliere e da un'immaturo capacità imprenditoriale, di realizzare, attraverso forme di micro-credito concesse dallo Stato³⁰⁹ e dalle Associazioni umanitarie, forme di piccolo commercio, soprattutto di generi alimentari e tessuti. Si stima, infatti, che, rispetto alla fornitura alimentare, le donne producono dal 60 all'80% del nutrimento della famiglia e, pertanto, costituiscono l'elemento cardine nel circuito dell'alimentazione. Ciononostante si è molto lontani dal giungere ad un'equiparazione della condizione della donna a quella maschile, anche se l'uguaglianza tra i sessi è sancita dalla Costituzione del Bénin, il che è ravvisabile ad esempio nel profondo discrimine dell'occupazione pubblica delle donne (25%) rispetto agli uomini (75%)³¹⁰.

È, inoltre, sempre la donna, e non gli anziani, ad essere custode della tradizione; pertanto lei, per prima e più di ogni altro, è tenuta ad osservare con rigore pratiche tradizionali relative alla sua salute e quella dei suoi figli: i severi riti sociali da ossequiare le consentono di rispettare i principi sociali stabiliti dalla tradizione ed, in particolare, le garantiscono la sicurezza dell'integrazione sociale e la stabilità matrimoniale. Questi due, infatti, sono i timori più grandi di una donna in Bénin, dai quali cerca di tutelarsi assicurandosi, attraverso i riti, la benevolenza di antenati e delle divinità: l'essere abbandonata dal marito ed esclusa dal gruppo di appartenenza.

Tra le tradizioni rituali che la donna è tenuta a rispettare, alcune sono positive dal punto di vista dell'educazione, della formazione e della crescita dei figli (come l'allattamento materno, l'attitudine a portare i figli sulla schiena, gli infusi e i decotti per la dentizione, etc.), mentre molte altre pratiche, invece, hanno delle conseguenze perniciose per la salute della madre e della prole. A ben vedere, dunque, rispetto alla questione precipua delle tradizioni femminili si palesa in microscopia il tema che involve tutta la presente trattazione, ovvero quello di definire lo spazio di confine tra le pratiche tradizionali da incoraggiare e quelle da

³⁰⁹ PNUD, *Situation de la femme au Bénin en 2013: Progrès accomplis en 2013 dans la mise en œuvre des actions de promotion de la femme et du genre*, pp. 1-6 : <http://www.undp.org/content/dam/benin/docs/emancipationdesfemes/Situation%20de%20la%20femme%20au%20B%C3%A9nin%20en%202013.pdf> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³¹⁰ Ibidem.

combattere perché nocive per la salute e lesive per la dignità e i diritti dei singoli (come le mutilazioni sessuali, il *gavage* tradizionale³¹¹, l'infanticidio, il matrimonio e le gravidanze precoci, i divieti alimentari³¹², il levirato, ovvero l'obbligo di un uomo di sposare la vedova del proprio fratello, le cerimonie di vedovanza³¹³, l'utilizzo di materiali non sterili per le diverse operazioni, l'applicazione di sostanze corrosive o contaminate sulla ferita ombelicale, la prova del bagno della neomamma³¹⁴, la prova del soffocamento, i tatuaggi, le cicatrici razziali o estetiche, la dimensione dei denti³¹⁵). Rispetto a queste ultime, evidentemente, gli sforzi del governo e di tutti gli attori sociali sono necessari per giungere a dei cambiamenti nel

³¹¹ Fenomeno importante, legato alla cultura, il *gavage* è una pratica tradizionale di alimentazione dei neonati alla prima settimana di vita. Le modalità variano, ma i principi e gli obiettivi sono gli stessi. Piante e radici sono utilizzate per la preparazione di infusioni o decotti che vengono somministrati ai bambini. Come detto, indiscutibilmente la farmacopea è un elemento fondamentale per la popolazione, ma la tecnica di somministrare direttamente nel tratto gastroesofageo è pericolosa perché i bambini rischiano il soffocamento o delle infezioni bronco-polmonari. Cfr. S. Tèpa-E. Amadou, *Les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femme set des enfants:avantage-inconvenients*, in «Agenda de la Femme», (1998): <http://www.wloe.org/WLOE-fr/information/sante/trad-afric.html>.

³¹² Si veda l'intervista a Suor Lola Villazan in cui la suora spiega come cerca di istruire le giovani madri sull'importanza di avere una dieta varia: «Noi lavoriamo, parliamo, cerchiamo di sensibilizzare: ci sono donne che ascoltano. Io cerco di istruirle soprattutto sull'alimentazione, qui ci sono moltissimi divieti alimentari per le donne gravide, per i bambini, per i malati, che impediscono di mangiare cose di cui, invece hanno estremo bisogno proprio perché malati o perché piccoli e già malnutriti. [La suora si allontana e va a prendere del materiale cartaceo]. Le donne di solito non sanno leggere ne scrivere quindi io mostro loro queste [carte con illustrazioni di cibi]: cipolla, pomodoro, avocado, ananas e insegno loro a preparare di pasti più nutrienti per i loro figli, dico "Preparami il pranzo di tuo figlio" e prendono una carta, un'altra, un'altra ancora... con i disegni imparano a fare un menù diversificato tra la mattina, il pranzo e la cena. C- La seguono? I- Sì spesso. Il vero problema della malnutrizione è la mancanza di proteine, ma loro al di là del fatto che ne hanno poche, non sanno che lì ci sarebbe il rimedio per guarire i bambini più gravi: vanno istruite su questo. Con il metodo dei disegni imparano le vitamine, le proteine: ciò di cui hanno davvero bisogno. Sono loro ormai che se vedono i loro bambini troppo deboli vengono a chiedermi consiglio su cosa dare loro da mangiare. Io parlo spesso loro delle cattive abitudini alimentari, sono molto difficili da superare i divieti alimentari [les interdits] che la tradizione impone loro, ma bisogna provarci. Il problema è che anche le persone "evolute" rispettano questi divieti. C- Per motivi religiosi? I-Sì, alcuni pensano che gli animali, che sarebbero fonte proteica importantissima, siano una forma di totem per la famiglia, che non è possibile mangiare. Io insisto e dico di mangiare altro, di mangiare capre o galline se ne hanno e se non ne hanno di procurarsene. Questo lo pensano anche gli adulti e le persone evolute, anche coloro che vanno a scuola, ad esempio le ragazze al mio dire che devono variare i loro pasti ridono e mi rispondono "sorella ma mia madre mi ha detto che se mangio questa cosa mi capiterà questo, questo e quest'altro", ad esempio "diventerò sterile" ed io dico loro di non crederle, dico di rispettare sempre le loro madri, ma che rispetto a questo non hanno ragione. Non è facile che mi ascoltino, ma io continuo, penso che potrebbero comprendere di più le nuove generazioni, i cui bambini sono andati quasi tutti a scuola, sono più abituati a discutere, a riflettere, a porre delle questioni, con le madri è più difficile». Cfr. *infra*, pp. 452-453.

³¹³ Si tratta di una pratica alquanto frequente che prevede delle persecuzioni, che si esplicano in sevizie e/o nel pagamento di una somma di denaro da parte di una vedova alla famiglia del suo marito defunto, pena l'accusa di *sorcellerie*, di maledizione e la minaccia di morte. L'idea sottesa alla pratica è che la donna in qualche modo è responsabile della morte del marito, per tale ragione è punita e chiamata a versare del denaro per ricompensare la perdita. Cfr. su ciò ECOVOX, *Visages du veuvage*, 2010: http://www.cipcre.org/ecovox/ecovox44/visages_du_veuvage.html (ultima visualizzazione marzo 2017).

³¹⁴ Secondo la tradizione dopo il parto bisogna che il sangue che si ferma nell'addome sia evacuato per la salute della madre. Dopo il bagno un'aiutante procede ad una vera e propria pulizia del cavo vaginale con acqua calda o bollente e sapone indigeno nero impassibile alle grida di dolore della madre. Alcune non esitano ad introdurre le mani nel cavo per un migliore risultato di pulizia. Ciò ha come conseguenza delle gravi ustioni della vagina con il rischio di infezioni secondarie. Cfr. S. Tèpa-E. Amadou, *Les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femme set des enfants:avantage-inconvenients*, cit.

³¹⁵ Una descrizione di ciascuna di queste tradizioni si può trovare in: S. Tèpa-E. Amadou, *Les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femme set des enfants:avantage-inconvenients*, cit.

seno della società beninese, atteso che ciò sia possibile, per quanto, invero, in parte già manifesto.

In particolare, secondo la tradizione culturale africana, è la maternità che consente alla donna, prescindendo dalla sua età anagrafica, di fare ingresso nella fase *adulta* della vita, che le riconosce competenze e facoltà impensabili a coloro che madri non lo sono *ancora*, non lo sono *affatto* o non lo sono *più*. Per tale ragione, si analizzeranno in dettaglio queste diverse esperienze esistenziali: quella dell'*infertilità*, della *sterilità* – distinte, come è noto, perché la prima è una condizione curabile, mentre la seconda è definitiva³¹⁶ – e dell'*aborto* che possono essere situazioni in cui la donna si trova per delle imperscrutabili ragioni determinate dalla “natura”, dal fato o da una volontà predestinante divina, o a seguito di pratiche tradizionali pregiudizievoli e dannose per la sua salute, a causa di malattie non curate o malcurate o, ancora, come conseguenza di interventi chirurgici salvavita. Tuttavia, qualsivoglia ne sia la scaturigine, dette condizioni in cui può venire a trovarsi la donna sono accomunate dall'essere foriere del drammatico fenomeno dell'esclusione sociale.

2.1 Gravidanze precoci, contraccettivi ed aborti

Simone de Beauvoir scrisse «Non si nasce donna, lo si diventa»³¹⁷; traslando tale efficace affermazione in un contesto di senso diverso potremmo dire che anche in Africa il *divenire donna* è l'esito di una conquista, non un dato di natura, che passa attraverso la *generazione*, giacché, secondo la cultura tradizionale, approssimativamente a partire dal primo ciclo mestruale la femmina è considerata pronta a farsi donna attraverso la riproduzione e, se ciò non accade, la società inizierà a porsi degli interrogativi che mettono in dubbio proprio il suo essere donna.

Difatti la donna, più degli uomini, è particolarmente esposta, all'accusa di *sorcellerie*: «la differenza è che se si ammala una donna c'entra la *sorcellerie*, se è un uomo si pensa che sia stato il *fetish* a prenderlo, ma lui non sarà accusato di essere *sorcier*. La *sorcellerie* è legata alla donna»³¹⁸. Dal che si inferisce che se una donna ha problemi con la riproduzione è dietro

³¹⁶ Come è noto l'infertilità è considerata dall'OMS una patologia e si distingue in infertilità primaria quando una coppia dopo 12/24 mesi di rapporti non protetti non riesce a concepire o a partorire un bambino, ed infertilità secondaria che si verifica quando la coppia non riesce ad avere un bambino dopo una gravidanza coronata da successo. La sterilità è, invece, una condizione che connota una coppia in cui uno o entrambi i coniugi si trovano in una condizione fisica permanente che renda possibile il concepimento. OMS/WHO, *Infertility. Definition and terminology* : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³¹⁷ «On ne naît pas femme, on le devient». S. de Beauvoir, *Le deuxième sexe*, Gallimard, Paris, 1949 ; tr. it., *Il secondo sesso II. L'esperienza vissuta*, a cura di R. Cantini e M. Andreose, Il Saggiatore, Milano, 1961, p. 15.

³¹⁸ Cfr. intervista a suor Lola Villazan, *infra*, p. 454.

l'angolo l'accusa di *sorcellerie*: «il tema della maledizione è di fondamentale importanza, soprattutto in Africa Occidentale. Si applica essenzialmente alle donne colpite dalla sventura in maniera ripetitiva durante la loro vita riproduttiva (aborti spontanei alla fine della gravidanza, decessi ripetuti dei bambini piccoli, etc.) (...)»³¹⁹ il che, come più volte detto, è la scaturigine prima della drammatica prassi escludente.

Una volta constatato che la donna può essere considerata tale, ovvero dopo la prima gravidanza, la tradizione prevede che il *valore della donna sia misurato in proporzione al numero di figli*, dal che consegue un tasso elevato di natalità tipico del contesto africano: la media di nascite nelle zone rurali del Bénin è di sei figli per ciascuna donna³²⁰, percentuale che incontra una significativa diminuzione nel caso in cui le donne abbiano un grado di istruzione più elevato³²¹.

È certo indisconoscibile che i figli, non solo per la donna, ma per la famiglia tutta, rappresentino un significativo valore sociale e, soprattutto, economico-politico: i maschi, infatti, presto potranno occuparsi di lavori pesanti, contribuire al sostentamento e alla difesa della famiglia, mentre le donne saranno date in spose ai mariti in cambio di ingenti “doti” (donazioni perlopiù economiche) ed in entrambi i casi potranno essere mezzo per la definizione di importanti alleanze tra i gruppi. Ciò lascia emergere quanto sia rilevante e prestigioso per una donna avere una prole numerosa il che, scontrandosi con il dramma dell'elevato tasso di mortalità infantile o di disabilità³²² – cui possono seguire le pratiche descritte nel primo capitolo della presente sezione – conduce, di norma, ad anticipare il momento della generazione. Infatti una delle tradizioni “pericolose”, foriera di una serie di problemi di salute per le giovani donne, è quella che prevede il *matrimonio e le gravidanze precoci*.

³¹⁹ D. Bonnet, *Repenser l'hérédité*, cit., p. 46 (trad. mia).

³²⁰ Division de la population des Nations unies, *Perspectives de population du monde : la révision 2010*, Département des affaires économiques et sociales des Nations unies, Division de la population, New York 2010 : <http://esa.un.org/undp/wpp/index.htm>; in Bénin 5/6 sono i figli per ciascuna donna, ma il tasso di natalità maggiore c'è in Mali e in Nigeria che è di 7/8 figli per donna. Cfr. anche PRB (Population reference bureau): *Une guide sur la santé reproductive en Afrique de l'Ouest francophone à l'attention des journalistes*, cit. Si veda anche U. Larsen, *Primary and Secondary Infertility in Sub-Saharan Africa*, in «International Journal of Epidemiology» 29 (2000), pp. 285-291; R. Smith et al., *La planification familiale sauve des vies*, 4e éd, Population Reference Bureau, Washington, DC, 2009: www.prb.org/Reports/2009/fpsl.aspx (ultima visualizzazione marzo 2017).

³²¹ E. Fourn, *La situation de la femme béninoise hier et aujourd'hui*, in «Annales de Faculté des Lettres Arts et sciences Humaines», (2005) 10, pp. 304-340.

³²² Come detto nel primo capitolo di questa sezione il bambino con disabilità non viene ritenuto una risorsa, ma un onere in quanto ha bisogno di un continuo supporto da parte dei propri familiari e le sue cure richiedono un non sempre sostenibile aggravio economico. I vissuti di estrema solitudine ed angoscia prodotti nella madre dalla disabilità dei figli, sono profondamente influenzati dalla cultura del gruppo che, con l'unica eccezione delle altre donne della famiglia, non solo non esprime forme concrete di solidarietà capaci di alleviare il peso della *sciagura* che le ha investite, ma anzi, stigmatizza ed emargina le madri, considerate responsabili di una colpa, insieme coi figli, intesi come ingranaggi non funzionanti, manifestazione di potenze non normali.

Sul totale delle gestanti, una su tre partorisce prima della maggiore età e si stima che l'8% delle adolescenti siano già sposate, nella maggior parte dei casi obbligate a matrimoni combinati³²³. Invero se, come detto, è la generazione che dà alle madri lo status di donna, sono le giovani stesse che, sentendosi poco utili e scarsamente riconosciute in famiglia, per raggiungere la tanto ambita emancipazione, anticipano i tempi della gravidanza così da pervenire alla "maggiore età" e guadagnarsi il riconoscimento e il rispetto del gruppo (presso alcuni gruppi etnici tra i 9 e 16 anni). All'ambizione delle giovani si aggiunge presto quella della famiglia che, assai desiderosa di poter ricevere la dote da parte della famiglia del futuro marito e di alleggerirsi dal peso della figlia che, sposandosi, si rende autonoma, sovente si fa artefice di matrimoni combinati in tenera età che impongono alle ragazzine di abbandonare la scuola, talvolta in pieno anno scolastico, per essere date in matrimonio.

In proposito il governo beninese ha preso alcuni significativi provvedimenti al fine di prevenire le gravidanze precoci: uno su tutti è quello della scolarizzazione gratuita delle donne. Se infatti la scuola primaria è, almeno in linea teorica, gratuita per tutti, non lo è l'istruzione secondaria, fondamentale per intraprendere un percorso professionale e di studio superiore, la cui gratuità è garantita dallo stato solo alle donne proprio per favorire la prosecuzione degli studi e disincentivare i matrimoni e le gravidanze precoci di cui tutti conoscono il rischio. Dagli 11 ai 15 anni, infatti, le ragazze attraversano un'età particolarmente delicata, iniziano ad essere corteggiate da compagni e professori per il loro progressivo prendere le fattezze di donna e, come detto, sono spinte dai genitori a prendere marito. Si tratta, invero, di un passo in avanti significativo che permette di confidare in un cambiamento della tendenza attuale per la quale le famiglie preferiscono investire solo sullo studio dei maschi.

Il problema delle gravidanze precoci, evidentemente, è che attentano alla vita delle giovani donne e dei loro figli: sono la maggiore causa di morbidità³²⁴ e mortalità materna³²⁵ ed

³²³ K. Traoré, *Grossesses précoces au Bénin : un véritable problème de société*, in «Afrik.com», 13/07/2013 : <http://www.afrik.com/grossesses-precoces-au-benin-un-veritable-probleme-de-societe> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³²⁴ Per ogni donna incinta che muore almeno 30 soffrono di malattie gravi ed invalidanti come l'anemia grave, l'incontinenza, lesioni di organi riproduttivi, problemi al sistema nervoso od infertilità. La fistola ostetrica (*fistule obstétricale*) è una delle complicazioni più devastanti della gravidanza, sia sul piano fisico che sul piano sociale. La fistola ostetrica è un'apertura nella parete della vagina e/o nel retto che può essere la conseguenza di un parto prolungato senza assistenza medica (ma può anche essere causata dalle mutilazioni genitali femminili). Nella maggior parte dei casi, il bambino è nato morto e la donna soffre di un'incontinenza cronica, che le provoca delle perdite urinarie o di materia fecale permanenti. La donna, spesso molto giovane, è rifiutata, stigmatizzata e si ritrova sola con la sua sofferenza: il marito la "restituisce" alla famiglia vive nella vergogna e sovente giunge alla morte. Nel mondo tale flagello colpisce più di due milioni di casi in Africa e in Asia: O. Grivat, *Fistules obstétricales : «La souffrance des femmes n'a pas de frontières*, in «Tribune Médicale», 24 (14 juin 2013), p. 6. Cfr. Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), *Campagne contre les fistules*. www.endfistula.org (ultima visualizzazione marzo 2017).

infantile al punto che si stima che la seconda causa di decesso per le donne dai 15 ai 19 anni sono proprio le complicazioni derivanti dalle gravidanze precoci³²⁶. Inoltre queste ultime possono essere foriere di rischi psicologici³²⁷, oltre che fisici, per le giovani per l'assenza di preparazione a supportare una gravidanza, cui può seguire l'abbandono o, addirittura, l'infanticidio; aborti clandestini e tardivi con le relative complicità (infezioni, sterilità, emorragie, traumi alle vie genitali); rischi ostetrici come distocia delle ossa a causa di un bacino troppo piccolo, lacerazioni, traumi; rischio di parto precoce e morte del neonato prematuro e sottopeso; rischio di arresto della crescita della madre³²⁸. Tutto ciò potrebbe seriamente compromettere non solo la vita, ma la capacità riproduttiva futura della donna, il che, come vedremo da qui ad un attimo, rappresenta uno dei più onerosi motivi di esclusione dal gruppo.

Tuttavia, come accennato, non sempre è la giovane donna a volere una gravidanza in tenera età: tale fenomeno è spesso la conseguenza della pressione dei genitori, ma anche di una violenza perpetrata dagli adulti, sovente membri della stessa famiglia per motivazioni tradizionali (in molti contesti si pensa, infatti, che avere dei rapporti con una vergine sia una cura infallibile contro l'HIV³²⁹), o dallo scarso utilizzo dei contraccettivi che, seppur molto diffusi per le campagne di prevenzione contro l'HIV, faticano ad essere introiettati nelle abitudini consuetudinarie della popolazione.

Un'inchiesta demografica e sanitaria realizzata tra il 2011 e il 2012 rivela che solo una minima percentuale della popolazione beninese utilizza un metodo contraccettivo moderno come la pillola anticoncezionale o il preservativo: «in Bénin, la percentuale della

³²⁵ Il rischio di morire di cause legate alla gravidanza in Africa subsahariana è di 1 su 31, ossia 100 volte superiore a quello osservato nei paesi sviluppati. In Africa Occidentale il rischio è ancora più elevato. OMS, *Tendances en matière de mortalité maternelle: 1990-2008*, OMS, Genève, 2010 : www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596213/fr/index.html; OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005 : www.who.int/whr/2005/fr/index.html. Cfr. anche: V. Filippi, C. Ronsmans, O.M.R. Campbell, W.J. Graham, A. Mills, J. Borghi et al. *Maternal health in poor countries: the broader context and call for action*, in «Lancet», (2006) 368, pp. 1535-1541. Nonostante la percentuale sia ancora molto elevata va rilevato che in Bénin la mortalità materna è diminuita dal 1990 che era pari a 770 casi di decesso al 2013 che ha raggiunto i 340 su 100.000: cfr. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population division: *Abortion Policies and Reproductive Health around the World*, New York 2014: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³²⁶ OMS, *La grossesse chez les adolescentes*, Aide mémoire n. 364, septembre 2014 : cfr. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/> (ultima visualizzazione Marzo 2017).

³²⁷ E. Fottrell-L. Kanhonou-S. Goufodji-D.P. Béhague-T. Marshall-V. Patel-V. Filippi, *Risk of psychological distress following severe obstetric complications in Bénin: the role of economics, physical health and spousal abuse*, in «The British Journal of Psychiatry», (2010) 196, pp. 18-25.

³²⁸ E. N'koué Sambiéni, *La maternité en souffrance. Socialisation et médicalisation de l'enfantement au nord-est du Bénin*, L'Harmattan, Paris, 2016 ; Id., *Gouverner la maternité au Bénin. Les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari*, in «Bulletin Amades», 85 (2012) : <https://amades.revues.org/1354> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³²⁹ Cfr. Intervista a p. Bernard, *infra*, pp. 458-459.

contraccezione detta “moderna” è molto debole (0,9%- EDS 2011-2012)»³³⁰. Le donne, infatti, preferiscono non utilizzare i metodi moderni, perché giudicano gli effetti secondari troppo gravosi, addirittura forieri di sterilità, mentre utilizzano più volentieri i metodi naturali come il coito interrotto, il calcolo del ciclo ovarico o lo studio della *glair cervical*³³¹. Talvolta consumano farmaci prima o dopo il rapporto (aspirina, analgesici ed antimalarici)³³², ma soprattutto ricorrono alla medicina tradizionale (particolarmente frequente è l'utilizzo di un anello al dito) che sovente può arrecare danni irreparabili alla salute delle donne³³³. Dunque anche i metodi contraccettivi, quando utilizzati, sono legati a convinzioni culturali tradizionali e possono costituire un importante fattore di rischio per la salute riproduttiva della donna, invero fondamentale per la sua identificazione all'interno del gruppo.

Tale reticenza all'utilizzo dei contraccettivi, motivato anche dall'opposizione delle religioni cattolica, musulmana e Vodun, rende il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) abbastanza frequente: in genere le donne che decidono di abortire lo fanno perché troppo giovani, ancora a scuola, perché i parenti si oppongono alla gravidanza, perché hanno una relazione non stabile o perché il partner si rifiuta di assumersi la responsabilità di divenire genitore o, soprattutto, se hanno un numero già considerevole di figli o hanno avuto

³³⁰ I. Boko-C. Baxerres, *Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol*, in «Actes des Rencontres Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants», (2015), pp. 212-220, ivi, p. 212 (trad. mia) : http://automed.hypotheses.org/cotonou2015/boko_baxerres (ultima visualizzazione Marzo 2017). Cfr. Anche E. Ahman – I.H. Shah, *New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality*, in «International Journal of Gynecology & Obstetrics», 115 (2011) 2, pp. 121-126; M. Texeira- N. Bajos-A. Guillame, L'équipe ECAF, *De la contraception hormonale en Afrique de l'Ouest : Effet secondaires et usages à la marge*, in A. Desclaux –M. Egrot, *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, IRD/L'Harmattan, Paris, 2015, pp. 181-195.

³³¹ Mme Laure Salmon è la Presidentessa dell'ONG: *Planning familial naturel par la glair cervical*, cfr. intervista, *infra*, pp. 429-434.

³³² I. Boko-C. Baxerres, *Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol*, cit., pp. 214-215, dove si legge che: «Nel complesso, possiamo dire che le donne che abbiamo intervistato sono reticenti ad usare metodi contraccettivi “moderni” perché considerano i loro effetti collaterali eccessivi. Secondo loro, questi metodi fanno male, fanno sanguinare, donano una sensazione di malessere, causare menopausa precoce, rendono sterile e portano alla perdita di peso. Inoltre, non li considerano affidabili e sono contrarie a prenderli, in particolare la pillola. La maggior parte delle donne ritiene che tali metodi siano adeguati per coloro che non vogliono più avere figli. Una di esse, per esempio, ha spiegato che la spirale perfora l'utero al momento del ritiro» (trad. mia).

³³³ Cfr. Intervista a Mme. Laure Salmon che ben spiega le pratiche di contraccezione tradizionali: «Quanto ai metodi contraccettivi tradizionali, è abbastanza usato un anello, preparato anche da guaritori tradizionali, tuttavia non si tratta di un metodo sempre efficace o affidabile, giacché più volte le donne, pur portandolo, sono rimaste incinte. In altre circostanze, soprattutto se le donne portano l'anello per troppo tempo, può accadere che non riescano più a rimanere incinte. Una donna dopo aver portato per tre anni l'anello al dito si rivolse al guaritore tradizionale, nel frattempo era molto ingrassata e l'anello al dito le aveva lasciato un segno visibile. Il guaritore le disse che solo se la cicatrice sarebbe andata via sarebbe potuta rimanere incinta. La donna provò con olio di karité ed altri emollienti, ma adesso è in menopausa e non ha più speranze. Un altro metodo contraccettivo tradizionale prevede che la donna indossi una cintura particolare al di sotto del ventre, se la porta non rimarrà incinta, questa cintura si può tagliare, ma può accadere che, una volta tolta, la donna resti sterile. Vi sono poi delle bevande [*tisane*] per evitare la gravidanza, ma bisogna fare molta attenzione perché sono molto pericolose, soprattutto se non sono ben dosate e, anche in questo caso, le donne possono rimanere sterili o addirittura morire. Questo va detto rispetto a tutti i medicinali tradizionali: il problema è il dosaggio che non si conosce e si rischia in moltissime circostanze di avvelenare il malato». *Infra*, p. 431.

una gravidanza troppo di recente. Molto spesso quel che spinge una donna a procedere con l'aborto è la violenza subita che, nonostante sia perseguita dalla Legge 2011-26 del 9 gennaio 2012 in materia di prevenzione e repressione delle donne e delle ragazze³³⁴, tradotta anche nelle differenti lingue nazionali e nei dialetti durante le campagne di sensibilizzazione, continua ad essere un problema particolarmente esperibile per le donne, soprattutto le più giovani, del Bénin: «ciò si traduce spesso nella difficoltà che hanno le donne ad accedere alla giustizia in caso di violenza (procedure giudiziarie sconosciute, lunghe, costose e complesse, l'analfabetismo delle donne) e nella molto debole applicazione dei testi di legge adottati in favore delle donne e della promozione del genere»³³⁵.

In realtà la legislazione beninese prevede per le donne la possibilità di abortire, ma l'accesso alla pratica di IVG presenta dei caratteri particolarmente restrittivi: in Bénin l'aborto è autorizzato solo in caso di violenza, incesto o malformazione fetale³³⁶. Tuttavia per un verso numerosissime sono le donne che esitano a dichiarare la violenza o l'incesto, per timore di essere stigmatizzate dai loro prossimi; per altro le malformazioni fetali sono raramente e

³³⁴ Republique du Bénin, Loi 2011-26 du 9 janvier 2012 *Portant prévention et repression des violences faites aux femmes*: <http://www.bj.undp.org/content/dam/benin/docs/emancipationdesfemes/violences-faites-aux-femmes.pdf> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³³⁵ PNUD, *Situation de la femme au Bénin en 2013: Progrès accomplis en 2013 dans la mise en œuvre des actions de promotion de la femme et du genre*, cit., p. 1.

³³⁶ La regolamentazione dell'aborto in Bénin si trova nel Codice Penale (*Code penal applicable en Afrique Occidentale Francaise*) Decreto del 6 Maggio 1877, art. 317 e nella Legge n. 2003-04 del 3 Marzo 2003 relativa alla salute sessuale e alla riproduzione, art. 17. Per quanto concerne il Codice Penale si legge: «Articolo 317. Chiunque con cibo, bevande, farmaci, azioni, violenza, o con qualsiasi altro mezzo avrà procurato o tentato di procurare l'aborto di una donna incinta o che si presume essere in stato di gravidanza, sia che essa sia consenziente o meno, sarà punito con la reclusione da uno a cinque anni e con una multa da 120.000 a 2.400.000 franchi. La reclusione sarà da 5 a 10 anni e l'ammenda da 1.200.000 a 4.800.000 franchi se è accertato che la persona colpevole è regolarmente impegnato negli atti di cui al paragrafo precedente. Sarà punita con una reclusione da sei mesi a due anni e con un'ammenda da 24.000 a 480.000 franchi, la donna che avrà procurato l'aborto a se stessa o avrà tentato di farlo, o che avrà consentito a fare uso di mezzi indicati o amministrati a tale scopo. Medici, personale sanitario, ostetriche, chirurghi, dentisti, farmacisti, così come gli studenti o impiegati di farmacia, erboristi, venditori di strumenti chirurgici, infermieri e massaggiatori, che hanno indicato, promosso, o utilizzato mezzi per procurare un aborto saranno condannati alle pene previste del paragrafo 1 e 2 del presente articolo. Saranno inoltre comminate ai colpevoli la sospensione per almeno cinque anni o il divieto assoluto di esercitare la professione. Chiunque contravviene al divieto di esercitare la professione in virtù del paragrafo precedente sarà punito con una reclusione da almeno sei mesi a due anni o più e con un'ammenda da almeno 240.000 franchi a 2.400.000 franchi o più o solo una delle due pene (...)». La Legge n. 2003-04 del 3 Marzo 2003 relativa alla salute sessuale e alla riproduzione, all'art. 17 prevede: «Interruzione volontaria di gravidanza: L'interruzione volontaria di gravidanza non potrà in nessun caso essere considerata come un metodo contraccettivo. L'interruzione volontaria di gravidanza non è autorizzata che nei casi che seguono e dietro prescrizione di un medico: - quando la prosecuzione della gravidanza mette in pericolo la vita e la salute della donna incinta; - dietro richiesta della donna se la gravidanza è la conseguenza di una violenza o di una relazione incestuosa; - quando la diagnosi rivela che il feto è colpito da una malattia di particolare gravità». Cfr. Center for Reproductive Rights, *Benin's Abortion Provisions* <https://www.reproductiverights.org/world-abortion-laws/benins-abortion-provisions> (ultima visualizzazione marzo 2017, trad. mia).

difficilmente diagnosticate in un contesto in cui il sistema sanitario è mal funzionante ed ha costi elevatissimi³³⁷.

L'immediata conseguenza di non vedersi garantito un diritto riconosciuto dalla legge – fenomeno approssimabile alla discussa questione dell'*obiezione di coscienza* in Italia, ove pur essendo garantita dalla legge 194/1978, l'IVG incontra sovente il rifiuto da parte dei medici obiettori – apre a una percentuale molto significativa (97%³³⁸) di aborti clandestini estremamente pericolosi per la vita e la salute della donna³³⁹: si pensi che in Africa occidentale gli aborti a rischio rappresentano il 12% della mortalità materna³⁴⁰. La maggior parte di tali operazioni è condotta come forma di automedicamento o realizzata da terapeuti tradizionali attraverso procedure prevedenti l'introduzione in vagina o utero di vari elementi come oggetti appuntiti (ad es. i raggi delle moto) o taglienti (ad es. vetro), agenti chimici (come il permanganato di potassio), accompagnati da altre pratiche negative come l'ingestione di detergenti, soda o farmaci controindicati per le gestanti³⁴¹ che, oltre ad esporre a rischi manifesti la vita della donna, possono mettere in discussione la sua capacità generativa.

La questione dell'IVG è dunque particolarmente delicata soprattutto se inquadrata all'interno del contesto culturale di riferimento: l'aborto, sia se inteso come scelta deliberata della donna, che come spontaneo esito di gravidanze precoci o pratiche tradizionali rischiose, espone la donna al giudizio negativo del gruppo.

Per motivi religiosi e culturali impedire ad una nuova vita di venire all'esistenza è cosa inconcepibile: l'aborto è infatti considerato «un vero tabù per la società beninese»³⁴². Dunque coloro che scelgono di interrompere la gravidanza dovranno custodire gelosamente il segreto, pena l'esposizione ad una forma di esclusione sociale che colpirà prevalentemente la dimensione psicologica della donna; difatti per la mentalità locale ricorre all'aborto una donna che non vuole figli perché non ha una relazione unica e stabile, che contravviene il dettato

³³⁷ Cfr. I. Boko-C. Baxerres, *Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol*, cit., p. 216. L'aborto è una pratica molto costosa, privatamente costa tra i quindicimila e i cinquantacinquemila franchi CFA (da 23 a 83 euro), pari a quasi due stipendi che corrispondono al minimo legale.

³³⁸ E. Blum, *Carte: droit à l'avortement, l'Afrique entre tabou et désinformation*, in «Jeune Afrique»: 12-04-2014: <http://www.jeuneafrique.com/164461/societe/carte-droit-l-avortement-l-afrique-entre-tabou-et-d-sinformation/> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³³⁹ Guttmacher Institute, *Facts on Abortion and Unintended Pregnancy in Africa*, In Brief, Guttmacher, New York, November 2015 : https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_AWW-Africa.pdf ; OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, II ed., OMS, Genève/Malta, 2013 : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf (ultima visualizzazione marzo 2015).

³⁴⁰ I. Boko-C. Baxerres, *Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol*, cit., p. 212.

³⁴¹ Ivi, p. 217.

³⁴² Ivi, p. 213.

religioso e tradizionale e, in definitiva, che compie un atto sacrilego per il gruppo tutto, privandolo di una sua nuova parte. L'indisciplina della donna è vista con sospetto: una volontà che non si conforma alla volontà generale e al dettato divino per autodeterminarsi, separandosi dal tutto, è presto sospettata di *sorcellerie*. La conseguenza sarà dunque una marginalizzazione della donna che verrà isolata dal gruppo delle altre, rifiutata da quello degli uomini che non vorranno prenderla in moglie o esposta al rischio di essere ripudiata dal marito – che generalmente la accuserà di infedeltà – se già sposata.

Per quanto concerne, invece, l'aborto spontaneo la donna non verrà accusata di aver deliberatamente mancato di rispetto alla tradizione, ma sarà essa stessa considerata la manifestazione di un evento avverso per il gruppo tutto, una sciagura che si palesa attraverso una perdita e che potrebbe essere l'avviso di una molto più drammatica: la sterilità. «Una delle dimensioni raramente considerate rispetto alle complicazioni dell'aborto è quella delle conseguenze psicologiche e sociali: rigetto familiare, problemi coniugali, sentimenti di colpevolezza, di vergogna e timore di sterilità»³⁴³ che potrebbero essere la scaturigine di una difficoltà generativa reale.

2.2 Infertilità e PMA

In Africa in generale e, in particolare, in Bénin la nascita di un figlio è la principale ragion d'essere di una coppia: tutto il matrimonio è costruito in relazione alla fecondità attraverso la quale è possibile garantire una discendenza³⁴⁴. La nascita delle nuove generazioni è indispensabile, infatti, alla continuità del gruppo biologico, ma anche alla continuazione della cultura tradizionale³⁴⁵. Pertanto il problema dell'infertilità riveste «un'importanza capitale in un contesto socioculturale come quello africano in cui la vita di

³⁴³ CEPED, Centre Population et Développement: *Les conséquences sanitaires et sociales de l'avortement*, Université Paris Descartes : <http://www.ceped.org/avortement/fr/chap5/800/chap5-800.html> (ultima visualizzazione marzo 2017, trad. mia)

³⁴⁴ Cfr. J. Binet, *Le mariage en Afrique Noire*, CERF, Paris, 1959 .

³⁴⁵ Quando una giovane uomo raggiunge l'età della famiglia, il capo villaggio solitamente gli dona od indica un appezzamento di terra ove costruire e vivere con moglie e figli; nella maggior parte dei casi la vendita dei terreni è interdetta agli stranieri, con lo scopo di rispettare i diversi riti di matrimonio, nascita, morte e, in generale, religiosi. La scelta del capofamiglia non va di padre in figlio: alla morte del precedente capofamiglia, è convocata una grande riunione familiare ed assistita da un sacerdote di "fâ": alcuni si propongono di occupare il posto di capofamiglia, si riuniscono, ma il fâ sceglie. Il più grande gruppo parentale è quello di persone unite dal culto di uno stesso antenato mitico, ad esempio l'Oko dei Xwla consente a coloro che lo riconoscono come antenato protettore di dirsi membri di una tribù, divise solitamente in comunità o collettività. Su ciò cfr. A. Adepojou, *La famille africaine; politiques démographiques et développement*, Karthala, Paris, 1999.

coppia è integrata con i costumi e le tradizioni ancestrali di cui la caratteristica essenziale è la conservazione della discendenza familiare»³⁴⁶.

Inoltre nel contesto beninese il matrimonio è considerato in termini di redditività il cui prodotto è il bambino. Pertanto i coniugi verranno designati dal capofamiglia che fa le veci degli antenati, tenendo conto della storia dei gruppi, dei conflitti storici tra le famiglie, ma soprattutto evitando di introdurre nella comunità membri di famiglie in cui sono presenti malattie ereditarie: malattia mentale, anemia falciforme, reumatismi, sterilità. Si intende allora la forza discriminante della malattia che non colpisce mai solo il singolo ammalato, ma *stigmatizza tutto il gruppo* che farà fatica ad entrare in contatto con gli altri, ammantato com'è di un'aura malefica proveniente da un suo familiare che, come detto, contagia l'intera stirpe. Dunque, una volta che la scelta della nuova coppia è fatta, l'ultima parola va sempre agli antenati cui vengono offerti doni e sacrifici, con l'obiettivo di far benedire gli sposi e di far sì che vengano dati loro abbastanza figli dal renderli immuni da polemiche interne. Poi, sei mesi più tardi, una "grande dote" è donata ai genitori della moglie: si fissa il giorno in cui verrà condotta la donna a casa del suo sposo e si procederà allo "scambio". Tale istituentesi legame intrafamiliare affida ai parenti della donna il compito di assicurare la pace nel nuovo nucleo, monitorare la riproduzione, vegliare sui bambini ed inculcare un'educazione degna dei due gruppi alleati. È molto raro che emergano problemi all'interno della coppia proprio perché le famiglie vegliano su di loro: se ad esempio la donna disobbedisce al marito, tutta la famiglia verrà in soccorso per placare gli animi. Ora sembrerebbe che non vi sia amore tra i due coniugi, ma solo interessi familiari ed economici da tutelare, il che, pur vero in parte, è una prerogativa che appartiene prevalentemente alle unioni del passato³⁴⁷.

Tra le difficoltà che può incontrare una coppia la più grave è l'incapacità di generare, rispetto alla quale gli sposi e le famiglie fanno tutto quello che è in loro potere per evitarla (attraverso riti ancestrali, cure di traditerapeuti, feticheurs etc.) o tenerla nascosta, foriera com'è di inquietudine da parte del gruppo che la considera come una tragedia, messaggio di non vita, dunque epifania di morte.

Come visto sinora, tutta una serie di fattori (le gravidanze precoci, l'utilizzo di contraccettivi, gli aborti spontanei o deliberati) possono costituire un pericolo per la capacità procreativa delle donne che, lo ripetiamo, è per esse il più manifesto fattore di connotazione identitaria e sociale.

³⁴⁶ O. Ahognisse, *La stérilité conjugale au CNHU de Cotonou, étude étiologique à propos de 1135 cas recensés de 1984-1986*, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou-Bénin, 1986 : <http://uaps2011.princeton.edu/papers/110664> (ultima visualizzazione marzo 2017, trad. mia).

³⁴⁷ A. Tidjani, *Notes sur le mariage au Dahomey*, Nouvelles du Sud, Bénin, 1988.

Tuttavia, a dispetto di quel che si potrebbe pensare, non è solo la sovrappopolazione il problema caratteristico dei Paesi in via di sviluppo; in Africa Occidentale un'altra piaga, speculare alla prima, colpisce la popolazione in maniera assai più grave per le conseguenze sociali che reca in sé: l'infertilità che qui raggiunge un tasso più elevato rispetto agli altri Paesi del mondo (ad esempio è del 12% in Burkina Faso e 19% in Costa d'Avorio).

Quando si argomenta dell'infertilità ci si riferisce, a differenza della sterilità, ad una condizione non definitiva che si distingue in primaria e secondaria: l'infertilità primaria si riferisce a coppie che non riescono ad avere figli a seguito di rapporti sessuali regolari senza l'utilizzo di metodi contraccettivi, quella secondaria si riferisce a persone che hanno già un figlio, ma non ne riescono a concepire altri. Quest'ultima è prevalente in Africa Occidentale ed è attribuibile perlopiù ad infezioni sessualmente trasmissibili non curate³⁴⁸.

Tuttavia, atteso che la gravidanza non sia un evento che involve solo i due neogenitori, né che li riguarda in maniera maggiore o diversa rispetto al resto gruppo, anche l'infertilità sarà intesa come un problema comune, un'incapacità del gruppo tutto. Afferendo all'universo magico-religioso e rappresentando la venuta di un nuovo membro della collettività, la generazione è un fatto socioculturale, pertanto l'infertilità, intesa come ritardo nell'arrivo di un figlio o come interruzione di una capacità procreativa già dimostrata dalla coppia, è percepita come la manifestazione di un evento avverso per tutti avente una causa sociale, come l'*envoûtement*, la *sorcellerie*, la maledizione, l'adulterio o, più in generale, la trasgressione di regole consuetudinarie.

A partire dal giorno del matrimonio la giovane donna è osservata: lei e il suo sposo subiscono la doppia pressione silenziosa delle due famiglie che attraverso la loro unione si sono alleate; i loro parenti e soprattutto le due madri li sorvegliano e iniziano presto a domandare la ragione del ritardo della gravidanza.

«I-Se una donna non può avere figli è malvista all'interno della comunità; dopo il matrimonio, se trascorrono più di tre anni senza avere figli, le famiglie interpellano il marito per capire se vi sono problemi di coppia o ragioni fisiche che impediscono la gravidanza, dopo cinque-dieci anni è la famiglia che autorizza e spinge l'uomo a sposare un'altra donna»³⁴⁹.

Si intende allora che è sempre la donna ad essere considerata responsabile della difficoltà generativa dal che consegue che l'infertilità, come la sterilità, sono problemi prevalentemente femminili. Difatti, nonostante la percentuale di infertilità non presenti significative differenze di genere, per una perversa sovrapposizione ideologica tra fertilità e

³⁴⁸ Per tutte queste informazioni PRB (Population Reference Bureau): *Une guide sur la santé reproductive en Afrique de l'Ouest francophone à l'attention des journalistes*, cit.

³⁴⁹ Cfr. Intervista a Mme Laure, *infra*, p. 431.

virilità, «l'annuncio di un'infertilità maschile è così perturbante per l'uomo che lo conduce a mettere in discussione il senso della vita e ad una svalorizzazione personale»³⁵⁰ insostenibile: al di là del riconoscimento sociale messo in dubbio, il che è profondamente degradante per la vita quotidiana e i rapporti intercomunitari, non avere una discendenza vuol dire essere condannati all'impossibilità di divenire "antenati" e dunque sparire, dopo la morte, dalla memoria dei vivi³⁵¹.

«Questo insieme di prescrizioni, di rappresentazioni e/o di "giustificazioni" simboliche concentrate sul corpo biologico della donna ne fa una vittima responsabile dei fallimenti della riproduzione. Ella è, per riprendere un'espressione di E. Lévinas, "oltraggio d'altri", situazione che ha come scopo di riaffermare i valori del gruppo e un certo modello di parentela e coniugalità (...). L'uomo in questi casi non è un vettore di trasmissione e non è mai posto in causa. Ciò mostra la disuguaglianza del posto sociale della donna in queste società in rapporto al maschio, e la capacità della società di escluderla dal gruppo, sia di riconsiderare l'alleanza, quando ella non è in grado di assicurarne la riproduzione»³⁵².

Dunque l'uomo, sia che abbia già avuto una prole dalla moglie, sia che non abbia ancora conosciuto la gioia della paternità, è autorizzato, anzi, spinto a sposare un'altra donna, il che è reso possibile dalla tradizione molto radicata della poligamia³⁵³ che, pur oramai interdetta dalla legge³⁵⁴, è pratica ancora in uso presso la popolazione rurale ed urbana del Bénin. Tuttavia, come detto, in una società maschilista è evidente che la donna non possa lasciare il tetto coniugale e sposare un altro uomo:

³⁵⁰ M. Bocoum, *Le drame de l'infertilité en Afrique Subsaharienne*, in «Enquête+», 5/02/2013 : <http://www.enqueteplus.com/content/le-drame-de-l%E2%80%99infertilit%C3%A9-en-afrique-subsaharienne-15-%C3%A0-30-des-couples-touch%C3%A9s> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³⁵¹ E. Gainsi- L. Fourn -C. Akpo, *Sterilité masculine et infection uretrale au C.N.H.U. de Cotonou*, in «Médecine d'Afrique Noire», 37 (1990) 9, pp. 472-480.

³⁵² D. Bonnet, *Repenser l'héritage*, cit., p. 48.

³⁵³ Cfr. intervista a Celine, *infra*, p. 447: «Secondo la sua esperienza le donne che non possono più avere figli, che hanno subito l'asportazione dell'utero sono considerate non più utili alla famiglia e, quindi, escluse? I-Un po' sicuramente, ma c'è la poligamia in Bénin. Per cui se una donna non può avere figli i mariti sposano un'altra. C – Anche i cristiani? I – Sì, se la propria moglie non può avere dei figli è motivo riconosciuto da tutti ed accettato per cercare un'altra donna. Una volta ho conosciuto un uomo poligamo che ci ha spiegato la propria visione della poligamia, egli diceva di essere poligamo "per forza di cose": aveva avuto 3 figli dalla prima moglie, ma le cose non andavano più bene, così ha sposato una seconda donna con la quale le cose comunque non sono andate bene. La poligamia qui è un po' come il divorzio e il matrimonio con un'altra donna in Europa perché il marito continua a versare "gli alimenti" alla prima moglie. Ci sono due tipi di poligamia: il primo se l'uomo non ama più la prima moglie, lascia la casa e va a vivere in un'altra casa con un'altra moglie e se anche questo matrimonio non va bene prendono un'altra moglie ancora, e il secondo se un uomo ha bisogno di molti figli ad esempio per lavorare i campi. Un giorno ho incontrato un signore che stava per sposare la sua tredicesima moglie, ma è molto raro, di solito sono 3 o 4 mogli. In Bénin la legge oramai vieta la poligamia, ma nella pratica in effetti è ancora molto frequente. C – Se la legge non permette questi matrimoni multipli, sono illegali, dunque è tutta una questione di tradizione? I- Sì, di norma il capo del villaggio che è di religione Vodun "celebra" questi matrimoni e fa firmare dei documenti che hanno un valore solo informale».

³⁵⁴ République du Bénin, Assemblée Nationale, *Code des personnes et de la Famille*, 14 juin 2004 : <http://www.consulatbenin.fr/wp-content/uploads/2013/06/code-des-personnes.pdf> (ultima visualizzazione marzo 2017).

«C-E nel caso in cui è il marito ad essere sterile la donna può prendere un altro uomo? I- Qui si pone il problema: la donna non può sposare un altro uomo. La donna non è autonoma. L'uomo attribuisce comunque alla donna la colpa della sterilità e si allontana, prendendo un'altra moglie oppure resta con la moglie la quale è obbligata a sottomettersi a lui, non può lasciarlo per prendere un altro uomo. Ma, ripeto, è una situazione davvero molto rara, perché l'uomo darà sempre le responsabilità alla donna. Se la donna è di un livello culturale elevato può chiedere il divorzio, ma non nei contesti tribali»³⁵⁵.

Dall'intervista riportata emerge una condizione particolarmente dolorosa che coinvolge la donna incapace di avere figli: la sua *sostituibilità* con un'altra donna. Si tratta di un'esplicitazione del fenomeno dell'esclusione che connota le donne ridotte dal loro problema fisico a mera cosalità che le rende scavalcabili nel loro ruolo da altre "più efficaci" allo scopo prefisso. L'uomo, come può decidere se ricoprire il suo ruolo genitoriale o deresponsabilizzarsi, abbandonando il nucleo, in base all'esito della gravidanza, così può decidere di fare un'altra famiglia se dalla prima non riesce ad avere una progenie – o un numero di figli per lui considerato sufficiente –, andando via di casa e perpetrando una sorta di divorzio informale oppure prendendo un'altra moglie nella stessa casa. Sicché la prima donna si troverà a dover coesistere con la sua "rivale capace", il che, in un contesto di identità collettiva, invero non dovrebbe acuire la sua frustrazione.

Difatti all'interno di un gruppo in cui prevale la nozione di identità collettiva i soggetti sono solo corpi, membra di un entità più ampia la quale è tutta orientata ad una finalità superiore che è quella della prosecuzione nel tempo; da ciò segue che le donne sono identificate con il loro apparato riproduttivo – mentre gli uomini, potremmo dire, con il loro DNA che si perpetua di generazione in generazione – e non potranno ribellarsi alla consuetudine della poligamia, ma quasi dovranno essere grate alla nuova moglie di assolvere quel compito cui esse debbono dichiararsi inabili e al marito che ha deciso di tenerle presso di sé o che continua a provvedere al loro benessere e a quello dei figli che sono riuscite a dargli.

Tuttavia, al di là degli obblighi che è tenuta a rispettare per tradizione e consuetudine, la donna infertile è certo vittima di questa forma di esclusione subdola, latente che la condanna a rimanere prigioniera di un nucleo che è costretta a condividere e che la confina ad una condizione di subalternità e isolamento in cui è percepita come un elemento inutile ed, anzi, potenzialmente dannoso, il che la rende sovente vittima di violenze da parte del marito, a sua volta preoccupato del mancato arrivo della prole. La donna senza progenitura o alla quale è stata revocata la facoltà generativa è percepita come un elemento che ha a che fare con il male: ammalato, ammalante.

³⁵⁵ Intervista a Mme Gras, *infra*, p. 493.

«La donna sterile, o quella i cui figli muoiono appena nati, rischia dunque, alla lunga, di essere sospettata di *sorcellerie*. Gli altri membri del gruppo penseranno che essa sia invidiosa delle altre poiché non ha figli; che sia gelosa delle sue co-spose che riescono ad averne, e progressivamente si diffonderà un universo di diffamazione nel suo entourage o nel villaggio, e sarà esposta al rischio di essere accusata di *sorcellerie*. La donna sarà stigmatizzata, o ripudiata, anche cacciata dal villaggio. Alcune sono ripudiate anche senza essere accusate di *sorcellerie*»³⁵⁶.

Si osserva, infatti, un comportamento spesso ingiurioso da parte dell'entourage nei confronti del soggetto infertile che sprofonda in uno stato depressivo grave con conseguenze talvolta visibili che possono condurre anche a problemi psicologici, sino al completo impazzimento. Privato del proprio posto nel gruppo, spodestato dal suo centro identitario il soggetto esce fuori di sé e si perde nella confusione della malattia mentale.

Tuttavia è noto che ormai da molti anni è possibile intervenire medicalmente rispetto ai problemi inerenti la riproduzione attraverso il ricorso alle tecniche. La Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) è, infatti, una procedura biomedica finalizzata proprio a dare ausilio alle coppie con problemi di infertilità che ha una storia molto risalente – i primi interventi di inseminazione artificiale furono realizzati alla seconda metà del '900 da Lazzaro Spallanzani, anche se la prima bambina nata da fecondazione in vitro, l'inglese Louise Brown, venne alla luce solo nel 1978 – e consta di diverse tecniche (dall'inseminazione intrauterina o tubarica, alla fecondazione dei due gameti in vitro, al trasferimento intratubarico di gameti o embrioni etc.).

Dunque, seppur la sterilità e l'infertilità sono problemi che in Occidente possono essere causati da fattori diversi rispetto a quelli del contesto africano, alla luce di quanto detto appare più chiaro che anche qui l'utilizzo di dette tecniche di PMA si fa urgente, rispondendo non solo ad esigenze fisiche, ma ad un più ampio concetto di salute che ha travalicato il suo desueto *status* di assenza di malattia o di infermità, andando ad inerire una condizione globale di benessere psico-fisico degli individui – in ossequio a quanto previsto dallo statuto della Costituzione dell'OMS del 1948 – in cui va certo ricompreso il desiderio di genitorialità ancor più se in un contesto in cui la procreazione ha un valore sociale indifferibile.

La genitorialità *qui più che altrove* risponde non ad un capriccio arbitrario che riduce il figlio ad un "oggetto" del desiderio dei coniugi, né soltanto ad un "obbligo" della tradizione, da ossequiare ad ogni costo, pena l'esclusione della madre dal gruppo o la sua sostituibilità, bensì va intesa come *proprium* dell'umano che, prevalentemente nei contesti comunitari tribali, rappresenta la manifestazione identitaria di un gruppo che nella nuova vita

³⁵⁶ D. Bonnet, *Repenser l'hérédité*, cit., p. 47.

ripono il proprio *inter-esse*, la propria coesistenzialità, giacché in virtù di essa si rigenera e prosegue.

Come è noto, lo sviluppo tecnologico e scientifico è intervenuto per rimuovere le discriminazioni “naturali” rispetto alle capacità generative di ciascuno, il che invero non contrasta con la tradizione né con le religioni locali (né, almeno nella sua forma di PMA omologa, è ostato dal cattolicesimo che, sovente in sincretismo con culture e religioni locali, è una delle religioni più diffuse presso il popolo beninese), ma, anzi, impedirebbe tutta la serie descritta di disagi vissuti dalla donna, causati proprio dalle convinzioni culturali tradizionali. Tuttavia le barriere valicate dalla tecnica si ergono più alte proprio dove ce ne sarebbe più bisogno, ovvero nei contesti in cui l’infertilità determina uno stigma sociale più drammatico, perché foriero di esclusione della donna, per manifeste ragioni di tipo economico e certo anche politico.

Difatti, nonostante siano stati condotti alcuni studi nei Paesi africani³⁵⁷, è evidente che qualora gli Stati decidessero di intraprendere delle politiche sanitarie incentrate sull’utilizzo massivo di tali metodi per la procreazione si vedrebbero molto ridotti i già scarsi fondi disponibili che sono destinati al trattamento di problemi di più vasta portata³⁵⁸. Il manifesto problema di allocazione delle poche risorse – che è problema bioetico – si scontra con la garanzia dell’universale accesso alla genitorialità, mostrandosi sempre più stringente.

In proposito molti studiosi ritengono che invece di prevedere un’utopistica diffusione di tecniche tanto sofisticate e dispendiose su tutto il continente africano, più verosimile sarebbe insistere sulle politiche preventive: atteso che l’infertilità ed anche la sterilità possono essere causate da infezioni sessualmente trasmissibili, gravidanze precoci e aborti pericolosi, probabilmente «la migliore politica sanitaria pubblica è proprio quella di prevenire i problemi che conducono alla sterilità piuttosto che una politica basata sul trattamento dei casi individuali che si avvale delle procedure delle nuove tecnologie riproduttive»³⁵⁹.

Altri, invece, propongono di considerare l’adozione un “rimedio” alternativo al soddisfacimento del desiderio di genitorialità: in tal modo all’appagamento dell’istanza genitoriale si unirebbe anche la controparte positiva di aiutare uno dei moltissimi bambini bisognosi di una famiglia. Questo è certo vero, tuttavia, pur riconoscendo l’ineludibile significato e valore etico dell’adozione, è bene chiarire che essa risponde a una motivazione

³⁵⁷ R.A. Ajayi, J.H. Parsons, V.N. Bolton, *Live Births after Intracytoplasmic Sperm Injection in the Management of Oligospermia and Azoospermia in Nigeria*, in «Afr. J. Reprod. Health», 7 (2003) 1, pp. 121-124.

³⁵⁸ Cfr. su ciò F.E. Okonofua, *Argument contre l’élaboration de la technologie reproductive dans les pays en voie de développement*, in «Br J Obstet Gynaecol», (1996) 103, pp. 957-962.

³⁵⁹ F.E. Okonofua, *Les Nouvelles Technologies Reproductives et le Traitement de la Sterilité en Afrique*, cit., p. 11.

diversa dall'istanza di maternità per gravidanza e, per altro verso, va sottolineato che l'adozione non può essere considerata una "seconda scelta", una conseguenza quasi obbligata dell'impossibilità di generare, ancor più se le tecniche biomedicali hanno dischiuso altre prospettive e possibilità. L'adozione va dunque riconosciuta nel suo essere un'autonoma prospettiva genitoriale, degna di rispetto in sé, rispetto alla quale la scelta dei genitori deve essere libera e non suscettibile di alcuna valutazione morale.

Il problema in questione è, dunque, quello del discriminante accesso alle biotecnologie – in ispecie alle tecnologie riproduttive – che a tutt'oggi è appannaggio solo di alcuni popoli e Paesi nonostante *il diritto alla sanità sessuale e riproduttiva sia riconosciuto a livello internazionale come diritto umano universale*. Esso, infatti, è stato preventivamente definito nel *Programma d'azione* della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo (CIPD) delle Nazioni unite nel 1994³⁶⁰, omesso dagli otto Obiettivi del Millennio per lo sviluppo fissati per il 2000, poi riconsiderato come parte della sanità riproduttiva, inserita negli OMD 5³⁶¹.

Certo, è un dato di fatto che l'infertilità in Africa è prevalentemente di tipo secondario e, dunque, riducibile attraverso strategie preventive come l'accesso ad un'effettiva pianificazione familiare, il miglioramento dell'assistenza alla maternità e l'istruzione sanitaria, ma questo garantisce il rispetto dei diritti delle donne, delle famiglie e delle società solo in parte.

«Nell'economia in via di sviluppo, rispetto al trattamento dell'infertilità è stato consigliato di adottare il molto più economico approccio preventivo a causa della limitatezza dei fondi e del problema della sovrappopolazione. La procreazione medicalmente assistita per la cura dell'infertilità, è considerata uno spreco del resto non praticabile a causa delle povere infrastrutture pubbliche e della scarsa capacità degli uomini e uno scarso livello morale. Recenti studi hanno mostrato che nel 60% della popolazione infertile di alcune economie in via di sviluppo, l'unico trattamento efficace è la PMA o la maggior parte forse non potrà mai raggiungere il concepimento. Il report della FIVET in un ospedale pubblico con un tasso di gravidanze paragonabile ad altri centri che praticano la FIVET nel mondo confermano che tale metodo in un ospedale pubblico è praticabile e vale l'investimento in un'economia in via di sviluppo. Quel che rimane è ridurre i costi della FIVET per rendere ciò possibile. Questa è l'unica strada che il concetto contemporaneo

³⁶⁰ PRB (Population reference bureau): *Une guide sur la santé reproductive en Afrique de l'Ouest francophone à l'attention des journalistes*, cit., pp. 2-3. Cfr. UN, *Conference Internationale sur la Population et le Développement*, Le Caire, 5-13 Septembre 1994 : <http://www.un.org/popin/icpd/infokit/infokit.fr/3program.ftx.html> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³⁶¹ Cfr. UN, *Millennium Development Goals*, <http://www.un.org/millenniumgoals/> (ultima visualizzazione marzo 2017).

di trattamento dell'infertilità può avere in un'economia in via di sviluppo per essere praticata in maniera appropriata nel contesto della medicina preventiva e curativa, che include la PMA»³⁶²

Anche il Bénin ha riconosciuto che il ricorso alla strategia *preventiva* non fosse sufficiente per rispondere ai problemi di infertilità e sterilità della popolazione e ha, pertanto, deciso di non rimanere immobile dinanzi all'incedere della scienza, prevedendo una legislazione particolarmente liberale di accesso ed utilizzo delle tecniche riproduttive (ad esempio è regolamentato l'accesso alla fecondazione eterologa che in Italia è conquista recente e quello alla maternità surrogata che in molti Paesi, tra cui l'Italia, è a tutt'oggi pratica vietata ed estremamente discussa). Il *Code de l'enfant* della Repubblica del Bénin, infatti, dedica tutta una sezione alla trattazione della Procreazione Medicalmente Assistita: l'art. 51 autorizza il ricorso alla PMA nel Paese, definendola come «l'insieme di metodi che consentono la procreazione quando essa non può realizzarsi in condizioni naturali cioè, tra le altre, la fecondazione in vitro, il trasferimento di embrioni e l'inseminazione artificiale come anche tutte le tecniche che hanno un effetto equivalente permettendo la procreazione al di fuori del processo naturale». Come chiarisce l'art. 52 «si può ricorrere alla procreazione medicalmente assistita sia per cause di infertilità, di sterilità, di incapacità fisica, o per evitare la trasmissione al bambino di una malattia di particolare gravità. La procreazione medicalmente assistita ha come scopo la garanzia della dignità umana, la protezione della persona e della famiglia e il benessere del bambino»³⁶³.

³⁶² A.A.E. Orhue, *Assisted reproduction technology in a resource-limited setting*, in «Benin Journal of Postgraduate Medicine», 10 (2008) 1, pp. 1-19, ivi, p. 14 (trad. mia). Come è noto con la sigla FIVET si intende la Fertilizzazione in Vitro con Embryo Transfer.

³⁶³ Assemblée Nationale, *Loi n° 2015-08 du 23 Janvier 2015 portant code de l'enfant en République du Bénin*, <http://assemblee-nationale.bj/fr/dernieres-lois-votees> (trad. mia). Il Codice prevede anche la fecondazione di tipo eterologo e la maternità surrogata: «Articolo 54: terzo donatore. Si parla di procreazione medicalmente assistita con terzo donatore quando: - gli spermatozoi sono forniti da una persona altra rispetto al marito della donna; - l'ovulo è fornito da una persona diversa rispetto allo sposo legittimo dell'uomo. Art. 55: Criteri medicali di scelta del donatore. I donatori sono scelti con cura seguendo dei criteri medicali per evitare tutti i rischi di malattia per la donna che riceve gli spermatozoi e/o gli ovociti e per assicurare una buona salute al bambino che nascerà. Questi criteri sono fissati dal ministero della Salute. Articolo 56: Clausole di procreazione medicalmente assistita. Quando una coppia ricorre alla procreazione medicalmente assistita con un terzo donatore, è stabilito che: a) il donatore sia, prima del dono, informato per iscritto della clausola giuridica, in particolare di divieto di stabilire una qualsiasi filiazione con il bambino che nascerà, b) il terzo donatore non può donare il suo ovulo o sperma che una sola volta a favore di una stessa persona. Articolo 57: Protezione della filiazione del bambino nato da procreazione medicalmente assistita. La coppia ricevente dona per iscritto il suo consenso al dono di gameti. In caso di procreazione medicalmente assistita con terzo donatore, nessun legame di filiazione può essere stabilito tra l'autore del dono e il bambino nato dalla procreazione. Articolo 58: Conseguenze di consenso degli sposi. Il consenso dato dalla coppia ricevente impedisce ogni contestazione in relazione alla filiazione o reclamo. Il consenso è privato dei suoi effetti in caso di decesso o deposito di una richiesta di divorzio o di separazione sopravvenuta prima della realizzazione della procreazione medicalmente assistita. Articolo 59: Maternità surrogata. La maternità di sostituzione o la pratica di maternità surrogata detta anche gestazione per altri è ammessa solo se la sposa è dichiarata medicalmente inadatta a portare una gravidanza. Gli sposi che desiderano beneficiare della maternità di sostituzione devono presentarsi davanti al giudice per firmare, prima del concepimento, un accordo con la madre surrogata. Il giudice può consentire tale accordo solo se il bambino sarà concepito, con minimo, i gameti di uno dei due membri della coppia e se la

L'appello alla *dignità* umana e alla protezione della *persona* invero lasciano immediatamente cadere il problema economico o, quantomeno, rendono la questione dell'impossibilità della diffusione delle tecnologie riproduttive in Africa e, in particolare, in Bénin suscettibile di un ripensamento. Attese le drammatiche conseguenze derivanti non solo dalla sofferenza del mancato arrivo di un figlio, ma anche della stigmatizzazione sociale cui sono condannate le donne, uniche imputate della responsabilità dell'infertilità, si fanno sempre più evidenti le necessità di recuperare il dibattito sull'allocazione delle risorse per la sanità a livello globale e, in particolare, di riconsiderare l'elenco di priorità nell'investimento delle pur poche risorse destinate alla spesa sanitaria pubblica da parte del governo beninese.

In Bénin, infatti, è possibile effettuare la PMA già da tempo, ad es. nel 2010 è stata aperta un'Unità per la PMA al Policlinico Saint Michel (Posam) di Cotonou promossa dal Dr. Sodjiédo³⁶⁴, ma evidentemente la diffusione dell'utilizzo delle tecniche dovrà ancora superare molti ostacoli di ordine economico: si stima infatti che il costo per un tentativo di fecondazione in vitro è di 1486 dollari americani³⁶⁵, costo invero insostenibile per la maggioranza della popolazione; mentre per lo Stato il costo dell'investimento è stimato a 260.000 dollari ai quali bisogna aggiungere i 78.000 dollari per il funzionamento e i 40.000 per l'ammortamento.

Non sembra, però, che vi siano ostacoli di tipo culturale rispetto al ricorso alla tecnica di PMA per la popolazione dei contesti tradizionali beninesi, pur considerando la ancora scarsa conoscenza della possibilità procreativa determinata dalla tecnica: «il ministro della salute appoggia l'iniziativa e ha permesso grazie a molte emittenti televisive la diffusione di tale tecnologia che era poco conosciuta dalla popolazione beninese»³⁶⁶. Tuttavia, ammesso che nella maggior parte dei casi detta prassi è del tutto sconosciuta, considerato l'esito cui

madre surrogato ha già almeno due figli. Articolo 60. Divieto di altri metodi di procreazione medicalmente assistita. Tutti gli altri modi di procreazione medicalmente assistita non previsti nelle disposizioni della presente legge sono formalmente vietati nella Repubblica del Bénin. Articolo 61. Divieto di produzione di embrioni a fini commerciali. Un embrione non può essere concepito, né utilizzato a fini commerciali e industriali. Ogni i contravventore sarà punito con le pene previste dall'art. 354 della presente legge». Invece alla Sezione IV l'art. 354 prevede che: «È punito da cinque (05) a dieci (10) anni di reclusione e con un'ammenda da cinquecentomila (500.000) a un milione (1.000.000) di franchi, chiunque ricorra alla procreazione medicalmente assistita fuori dei casi previsti dagli articoli 52 e 54 della presente legge. Il complice è punito con la stessa pena» *Code de l'enfant*, cit., pp. 15-16 (trad. mia).

³⁶⁴ B. Mètonou, *La fécondation in vitro, une réalité au Bénin*, in «La Nouvelle Tribune», 03/09/2010 : <http://www.lanouvelletribune.info/benin/6468-la-fecondation-in-vitro-une-realite-au-benin> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³⁶⁵ Si veda lo studio effettuato da alcuni docenti dell'Ospedale Universitario di Cononou: I. Takpara, J. de Souza, J. Akppovi, D.L. Azilonon, R.X. Perrin, E. Alihonou, *Assistance médicale à la procréation (AMP) à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU de Cotonou : indications et étude de faisabilité*, in «Le Bénin Médical», (1998) 8, pp. 36-39.

³⁶⁶ Così si legge nel sito del Polyclinique Saint Michelle (POSAM): https://posam.org/?page_id=30 (ultima visualizzazione marzo 2017, trad. mia).

condurre, non si ritiene possa incontrare la resistenza da parte della cultura tradizionale, anche perché, fino a questo momento, rispetto alla pur blanda diffusione della tecnica, alcuna opposizione pare riferibile. È particolarmente degno di nota che, presso una cultura che pur non accetta la scelta medica moderna come prima opzione di cura e che manifesta sempre un certo atteggiamento di sospetto relativamente a taluni interventi tecnico-medici che vengono rifiutati, non si siano sollevate le dispute sull'“artificialità”³⁶⁷ della tecnica procreativa sulle quali ci si è a lungo affannati in Occidente.

Rimandando alla sezione successiva l'analisi delle teorie economiche, politiche e filosofiche che in maniera diversa propongono strategie per distribuire equamente le risorse e i risultati delle scoperte scientifiche e tecnologiche, si dica che lo scopo della presente riflessione era di mettere in evidenza quali fossero le conseguenze socio-culturali di un problema di salute caratteristico delle donne: l'infertilità. Atteso che dette conseguenze fossero ricomprendibili nel drammatico fenomeno di esclusione sociale delle donne e considerato che detto problema di infertilità ha trovato delle strategie risolutive con il ricorso alle tecniche biomediche moderne, il ragionamento si è spostato sull'accesso a dette tecniche per un Paese in via di sviluppo. Ora, ribadendo le evidenti richieste di un maggior impegno a livello globale per garantire un'universale fruizione dei vantaggi delle tecniche (come anche la messa a punto di tecniche per la fecondazione in vitro a basso costo³⁶⁸) e garanzia del diritto alla riproduzione e alla cura (in questo caso dell'infertilità), quel che va rilevato è che il ricorso alla medicina moderna in questo caso risolve non solo il problema sanitario, ma anche la fenditura nel sistema socio-culturale.

³⁶⁷ È opportuno dettagliare un chiarimento terminologico: sebbene sovente s'intenda usare l'espressione “fecondazione artificiale”, va detto che questa dicitura non indica una fattispecie diversa rispetto alla “fecondazione o procreazione assistita”. Si tratta di modi diversi per indicare il medesimo processo, ossia per identificare l'intervento che rende possibile una gravidanza spontaneamente impossibile. Insistere sull'“artificialità” delle tecniche vuol dire servirsi strumentalmente del linguaggio, di un espediente retorico, per veicolare un punto di vista ideologico, per rimandare ad una pratica “innaturale” che, per coloro i quali identificano la legge naturale con il bene morale, è da respingere in quanto perversione della naturalità dell'evento del nascere. Pur tuttavia va detto che essa tecnica è un intervento medico, non diverso da altri interventi clinici o chirurgici, necessario quando la procreazione non avviene spontaneamente: esso contempla la sostituzione di una parte del processo riproduttivo al fine di garantire la fecondazione dell'ovulo da parte di uno spermatozoo, col che non si fa altro che offrire *assistenza* al processo naturale, in quanto si favorisce il naturale sviluppo del processo senza operare interventi di modifica sugli elementi essenziali della riproduzione – gameti maschili e femminili – che preservano la loro naturalità. Per un approfondimento bibliografico sulla procreazione assistita dal punto di vista bioetico cfr. L. Lombardi, S. De Zordo (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, FrancoAngeli, Milano, 2013; M. Mori, *La fecondazione artificiale: questioni morali nell'esperienza giuridica*, Giuffrè, Milano, 1988; Id., *La fecondazione artificiale. Una nuova forma di riproduzione umana*, Laterza, Roma-Bari, 1995; A. Nunziante Cesàro, *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, FrancoAngeli, Milano, 2000.

³⁶⁸ Global Access to infertility care, *The Walking Egg* <http://www.thewalkingegg.com/> (ultima visualizzazione marzo 2017). Si tratta di una fondazione no-profit sorta dalla collaborazione tra un artista e un ginecologo belga che sta sviluppando tecniche di fecondazione in vitro a basso costo per garantire un accesso universale alla cura dell'infertilità.

Dunque, tenendo conto che dette tecniche sono in grado di aggirare non solo la malattia, ma anche la prassi sociale escludente, sì gravosa per una donna già affetta da un problema di salute, pare fondamentale anzitutto che lo Stato riconsideri la priorità dell'investimento nelle tecniche di PMA all'interno della pur dissestata lista della spesa sanitaria pubblica a fronte di molte altre patologie sinora considerate di maggiore urgenza come ad es. la mortalità materna. È infatti evidente che quest'ultima sia problema estremamente tragico, ma è vero del pari che l'esclusione di una donna dal gruppo rappresenti la sua perdita di riconoscimento sociale: disidentificazione che è messa a morte, fisica e psicologica insieme.

2.3 Sterilità e rifiuto dei trattamenti sanitari salvavita

Se l'infertilità è una condizione che può essere solo temporanea, come detto la sterilità è una condizione definitiva, invero non infrequente nel contesto africano. Difatti, nonostante ciò possa sembrare paradossale a causa dei noti problemi di sovrappopolazione, «recentemente, è stato mostrato che il problema della sovrappopolazione del mondo non è più dovuto all'alto tasso di fertilità (sia nei Paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo), ma è dovuto all'aumento dell'aspettativa di vita, ovvero all'invecchiamento della popolazione che causa una crescita della stessa»³⁶⁹.

«I dati a nostra disposizione mostrano che i Paesi dell'Africa subsahariana hanno il tasso di sterilità più alto del mondo. Il tasso di sterilità delle coppie sposate nei Paesi africani va dal 15 al 30%, mentre dal 5 al 10% nei Paesi sviluppati. C'è attualmente un'evidenza probante che mostra che molti casi di sterilità in Africa sono attribuiti alle infezioni che hanno degli effetti nefasti sulle vie riproduttive degli uomini come delle donne (...). A causa della grande importanza della procreazione nella maggior parte dei Paesi africani, la sterilità pone dei problemi sociali alle coppie. In ogni caso, le donne sono più gravemente colpite degli uomini, anche quando la sterilità è dovuta ad un fattore maschile; ciò conduce spesso al divorzio, all'ostracismo sociale e talvolta all'abuso fisico della donna»³⁷⁰.

Quando, infatti, sopraggiunge la diagnosi definitiva di sterilità per la donna africana non restano alternative all'esclusione: ella viene pervasa da un sentimento di vergogna,

³⁶⁹ AA.E Orhue, *Assisted reproduction technology in a resource-limited setting*, cit., p. 12 (trad. mia). L'autore fa riferimento alla *Conference Internationale sur la Population et le Development*, United Nation, 1994, cit.

³⁷⁰ F.E. Okonofua, *Les Nouvelles Technologies Reproductives et le Traitement de la Sterilité en Afrique*, in «African Journal of Reproductive Health», 7 (2003) 1, pp. 9-11, ivi, p. 9, per la versione online: <http://www.bioline.org.br/request?rh03002> (ultima visualizzazione febbraio 2017, trad. mia). Cfr. Anche F.E. Okonofua, D. Harris, A. Zerai, A. Odebiyi, R.C. Snow, *Le sens social de la sterilité au sud-ouest du Nigeria*, in «Health Trans. Rev.», (1997) 7, pp. 2015-220.

incapacità ed inutilità, avverte di essere diversa rispetto alle altre, la sua identità si disgiunge da quella del gruppo; da parte del tutto addiviene uno, messa ai margini di un sistema cui non è in grado di apportare beneficio, di rispondere al compito che le appartiene e la connota nel suo essere donna, ovvero al *dovere morale* della procreazione.

Come accennato, lo stato patologico in cui versano le donne sterili viene inteso in senso ampio, non solo fisico, ma anche spirituale, pertanto esse sono “doppiamente discriminate, doppiamente disabili”³⁷¹, perché incapaci di proseguire la discendenza del gruppo e recanti nel proprio corpo malato la presenza del male, da cui l'accusa di *sorcellerie*.

Il timore del male e del suo essere passibile di *contagio* involve di riflesso anche i genitori della sterile i quali sono rei di aver concepito una donna incapace di mettere al mondo un figlio e il gruppo tutto il quale verrà segnato da quell'handicap addivenuto sociale giacché, come accennato, verrà malvisto dagli altri gruppi con i quali incontrerà difficoltà a contrarre nuovi matrimoni e nuovi rapporti di alleanza sociali, politici ed economici³⁷².

Questa è la ragione per la quale, se le famiglie sono consapevoli della sterilità della donna, che può essere ad esempio ereditaria o esito di malformazioni congenite o, ancora, di malattie precedentemente contratte, ne custodiranno il segreto oppure la istruiranno in modo che proceda a delle forme tacite di *adozione*, al fine di non informare il gruppo o addirittura il marito della sua infecondità. Tuttavia se la notizia dovesse diffondersi all'interno della collettività, le ripercussioni sociali saranno enormi e la relazione coniugale ne uscirà gravemente compromessa.

«C – Ma se una donna non può avere figli viene esclusa dalla comunità? I – Assolutamente sì. C – Presso tutte le comunità o solo presso alcune? I – Ma, in generale, è così in Africa. Ho conosciuto una donna che per 13 anni ha cercato invano di avere figli, suo marito stava per “restituirle” alla famiglia [*la renvoyer*] (...)»³⁷³.

Difatti va ad aggiungersi alla categoria già descritta della *sostituibilità* della donna, quella della sua *restituibilità*, nuova estrinsecazione del drammatico fenomeno dell'esclusione sociale. La reificazione della donna, identificata con il suo apparato riproduttivo e la cui esistenza ha come scopo null'altro che la riproduzione, si mostra in tutta la sua tragicità: l'uomo, considerandosi preso in giro oppure semplicemente dichiarandosi incapace di poter provvedere ad una esistenza *inutile*, può decidere di restituire alla famiglia di provenienza una donna “non funzionante” o di tenerla presso di sé, condannandola a una vita di umiliazioni e

³⁷¹ Unicef, *Bambini e disabilità, La condizione dell'infanzia nel mondo*, 2013: <http://www.unicef.it/Allegati/Rapporto%20UNICEF%202013.pdf> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³⁷² Cfr. su ciò A. Auge-C. Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Archives contemporaines, Paris, 1984.

³⁷³ Cfr. Intervista a Mme Laure, *infra*, p. 430.

violenze fisiche e psichiche³⁷⁴. Come nel caso dell'infertilità, la donna sarà costretta a condividere il marito e la vita coniugale con un'altra "moglie e madre di sostituzione" che, però, è tutt'altro che un "surrogato" nella misura in cui è ad essa che sono attribuiti tutti i diritti e i meriti della generazione. È certo indiscutibile che dietro tali forme di poligamia vi sia anche una concezione di famiglia "allargata" sottesa – invero all'avanguardia rispetto alle dispute che tanto affaticano il dibattito bioetico occidentale rispetto alle nuove forme di famiglia plurime e caratterizzate da più figure genitoriali – tuttavia la prima moglie non sarà considerata dai figli nati dal secondo matrimonio una madre a tutti gli effetti, ma una presenza in subordine.

La sterilità, tuttavia, può essere una condizione patologica casuale, ovvero in cui la donna si trova dalla nascita o a seguito di una patologia, ma anche una conseguenza di un intervento chirurgico, nella maggior parte dei casi *salvavita*, della medicina moderna (in un contesto in cui è sovente improponibile procedere con percorsi terapeutici diversi, come chemio o radioterapia). Ciò sposta la questione su un piano tematico differente: quello della *misura* dell'intervento medico moderno rispetto alla cultura tradizionale.

Come visto sino a questo momento, alcune operazioni chirurgiche della medicina occidentale possono aggirare il problema dell'esclusione sociale nella misura in cui riparano il danno fisico e consentono al soggetto escluso di essere reintegrato nel gruppo di appartenenza (come si è visto per i bambini ad es. affetti dalla cheiloschisi o dalle donne infertili che possono – almeno in linea teorica – fare ricorso alla PMA). Rispetto, invece, agli interventi chirurgici *salvavita* che riguardano in qualche modo l'apparato riproduttivo e determinano la cessazione del suo già patologico funzionamento vanno fatte delle considerazioni aggiuntive.

È certo evidente che un intervento alle tube, all'utero o alle ovaie, ad esempio di rimozione, va ad agire su una parte già malata, andando ad arrestare le ulteriori conseguenze negative per la salute della donna (si pensi ad un tumore che richiede l'asportazione dell'utero) e che, dunque, non sia certo l'operazione chirurgica responsabile della sterilità, ma è essa che in qualche modo determina una condizione *definitiva*, il che è percepito in maniera assai pregiudizievole dalla cultura locale.

Anzitutto una donna può serbare il segreto della sua sterilità, mentre il sottoporsi ad un intervento chirurgico di isterectomia la espone alla dimensione pubblica, giacché è molto difficile che il clan non venga a conoscenza del suo essersi rivolta alla medicina moderna: in tal modo la sterilità sortisce dalla dimensione personalissima inerente il rapporto di ciascuno

³⁷⁴ Cfr. L. Tomety, *Les aspects psycho-sociaux de la stérilité conjugale à propos de 140 cas observés au CNHU de Cotonou*, Thèse d'Etat en Médecine, FSS, UNB, Cotonou, Bénin, 1988 : http://koha.uac.bj/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=19344&shelfbrowse_itemnumber=19344 (ultima visualizzazione marzo 2017).

con il proprio corpo, dallo spazio privato, per andare ad abitare quello pubblico che, nel caso di specie, pregiudica la possibilità della donna di trovare marito e ne determina un'immediata marginalizzazione sociale.

«I- Il problema fondamentale è che gli africani non si sposano se non conoscono bene la situazione della donna, se sanno che non ha l'utero non la sposano. Qui c'è l'amore all'interno di una coppia, ma non è un elemento fondamentale del matrimonio, non è una priorità, la priorità sono i figli. Così se una donna ha problemi ad avere figli nessuno la sposa o se è già sposata, il marito può anche decidere di accettarla e di non avere figli, ma la famiglia farà pressione e lo obbligherà a prendere un'altra donna»³⁷⁵.

Dunque l'operazione chirurgica salvavita in questo caso avrà determinato l'esclusione sociale che nei casi prima descritti si è visto contribuire ad evitare:

«C -Le donne sterili o che a seguito di una malattia, ad esempio di un tumore, hanno subito un'isterectomia e non possono avere figli sono accolte dalla comunità anche se non hanno mai avuto figli? I - È difficile, la considerazione non è più la stessa, non la si considera più. La si persuade ad accettare che suo marito dovrà prendere un'altra moglie. Lei in tal caso può scegliere di restare con lui, permettendo al marito di avere un'altra moglie, oppure di lasciare la casa coniugale»³⁷⁶.

Invero è manifesto che è la malattia stessa e non l'intervento chirurgico a causare l'esclusione, tuttavia secondo la cultura locale la responsabilità è della medicina occidentale che determina una condizione irrimediabile: difatti per la tradizione di cura africana o, almeno, beninese il male è una condizione *mai cronica*. Lo spirito malvagio che ha preso possesso del corpo o di alcuni organi può decidere, infatti, a seguito di una serie di pratiche, sacrifici od omaggi, di abbandonare il corpo della sua vittima, mentre la condizione irreversibile determinata dalla chirurgia occidentale costituisce un danno irreparabile. Difatti le donne alle quali vengono rimossi gli organi riproduttivi o anche quelle che si sottopongono ad altri interventi che, mentre salvano la vita, le privano di parti importanti della loro femminilità e dell'immagine materna e sensuale (ad es. mastectomia) che l'uomo conosce ed apprezza, si vengono a trovare in una irrimediabile condizione di esclusione sociale.

³⁷⁵ Cfr. Intervista a Mme Gras, *infra*, pp. 492-493.

³⁷⁶ Cfr. Intervista a Mme Laure, *infra*, p. 432. Si veda anche l'intervista al medico Olivier: «C- E rispetto all'utero? Se dovete asportarlo ad esempio per un cancro, ci saranno delle conseguenze per la donna, quando farà ritorno nella comunità? I- Se le donne hanno già avuto dei bambini non ci sono troppi problemi con l'isterectomia, ma se non ne ha avuti ancora si verifica un vero *dramma*. C- Per motivi legati alla religione Vodun o alla credenza tradizionale? I-Non solo, anche per un'interpretazione troppo letterale dell'Antico Testamento secondo la quale non avere figli è una punizione di Dio. È davvero drammatico perché colpisce delle donne molto giovani, anche di 20/25 anni che hanno fibromi all'utero: noi diciamo loro che proveremo a fare la miomectomia, ma altre volte non resta altro da fare che rimuovere l'utero. È vero che una donna che non ha avuto di figli prima dell'operazione sarà esclusa, è vero. In quel caso il marito prenderà un'altra donna in moglie per avere dei figli, talvolta si prende cura della prima, talaltra no». *Infra*, pp. 497-498.

Viene in causa così il tema del rapporto medico-paziente e la questione del *rifiuto delle cure* per motivi tradizionali, culturali o religiosi.

Accade in tali contesti, come visto anche nella prima sezione del presente studio, che la relazione dialogica tra il medico e le pazienti sia seriamente compromessa da talune barriere linguistiche: le donne, infatti, molto spesso parlano solo dialetti locali, pertanto, non comprendendo quanto i medici spiegano loro e, riponendo in essi una fiducia assoluta, finiscono con l'accettare interventi drastici che hanno come conseguenza un deterioramento della loro identificazione sociale. Altre volte accade, invece, che i medici, consapevoli anch'essi delle difficoltà comunicative o impossibilitati al dialogo perché si trovano dinanzi a stati di incoscienza, evitino la fase di spiegazione e procedano con interventi che *a loro avviso* o per una presunta *oggettività* sono condotti *per il bene delle pazienti* e che, come conseguenza, hanno delle drammatiche ripercussioni sulla vita sociale delle donne. Queste ultime, che pur non penseranno mai di intentare cause per determinare la responsabilità del medico del danno subito³⁷⁷, se avessero compreso o se avessero potuto esprimere il proprio punto di vista avrebbero probabilmente *rifiutato* un intervento che, pur preservando la vita *biologica*, avrebbe troppo dolorosamente compromesso quella *biografica*.

Tuttavia, come è noto, la questione bioetica del rifiuto (richiesta di non inizio) e della rinuncia (richiesta di sospensione) di trattamenti sanitari salvavita è sensibile anche in caso di un paziente cosciente, capace di intendere e di volere, adeguatamente informato sulle terapie e in grado di manifestare contestualmente la propria volontà. In proposito due sono le posizioni che si fronteggiano.

«La prima di chi ritiene che, pur riconoscendo che la tutela della salute non sia passibile di imposizione coattiva, sussista un dovere sul piano etico di preservare la salute (come dovere verso se stessi e come responsabilità verso gli altri) e che pertanto sia eticamente problematico il rifiuto e la rinuncia alle terapie sia in condizione di autonomia che in condizione di dipendenza (sussistendo in tale condizione, anche un dovere del medico di curare il malato, con il solo limite dell'accanimento terapeutico). La seconda tesi di chi ritiene che la richiesta di non inizio o interruzione di terapie sia giustificata sul piano etico, quale scelta individuale di accettazione dei limiti dell'esistenza umana, sia in condizioni di autonomia che in condizioni di dipendenza, sussistendo un diritto dell'individuo a rifiutare le cure e vedere realizzati i propri desideri (...)»³⁷⁸.

³⁷⁷ Cfr. in proposito la lectio che il prof. E. Di Salvo ha tenuto il giorno 23 febbraio 2017 al Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (CIRB) di Napoli dal titolo "Solievo della sofferenza e rischio accuse di malpractice": <http://www.unibioetica.it/> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³⁷⁸ CNB, *Rifiuto e Rinuncia consapevole ai trattamenti sanitari nella relazione medico paziente*, Parere del 24 ottobre 2008: http://presidenza.governo.it/bioetica/pubblicazioni_comitato/3_rifiuto_rinuncia_trattamento_sanitario_it.pdf (ultima visualizzazione marzo 2017).

A questo punto è d'uopo recuperare il dettato del Codice Deontologico Medico (che, anche se italiano, può essere considerato esemplificativo di un concetto universale) del 2014, in cui si legge all'art. 16 che:

«il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita»³⁷⁹.

Tre sono i punti della questione sui quali riflettere rispetto alla condizione di una donna beninese posta di fronte alla possibilità di un intervento ad es. di isterectomia: anzitutto la *volontà delle pazienti* che, nella maggior parte dei casi, sono del tutto escluse dalla decisione sanitaria e scavalcate nella scelta dai mariti o dalle famiglie o eccessivamente condizionate dal timore delle ripercussioni sociali il che, in seconda istanza, lascia emergere la necessità di accordarsi sull'*appropriatezza delle cure* tenendo conto, in terzo luogo, del significato da riconoscere all'accezione di *beneficio per la salute e/o miglioramento della qualità della vita*.

Il “bene” del paziente o la sua “qualità della vita”, infatti, non possono essere valutati sulla base di criteri oggettivi tecnico-scientifici né possono essere identificati con la sua salute fisica. Vi sono dei casi in cui si può abdicare a detti criteri per anteporre una valutazione che tiene conto delle convinzioni culturali *contestuali* nella scelta di trattamenti che si dicono *appropriati* se, e solo se, si confrontano con la *storicità della situazione* e l'orizzonte di significato della cultura locale. Dunque per un verso le donne devono essere messe nella condizione di decidere del proprio corpo e della propria vita, pur potendo chiedere consiglio alla famiglia (il che è fondamentale in un contesto di identità condivisa), ma non lasciando ad essa la scelta: il rifiuto consapevole del paziente deve poter essere assunto dal medico, ma è indispensabile, soprattutto rispetto ai casi in questione, un approfondimento della competenza ed attendibilità dell'espressione di volontà del paziente (che non deve certo essere motivata dal timore dell'esclusione sociale). Per altro verso bisogna ugualmente rispettare il diritto del medico all'astensione da comportamenti contrari alle proprie convinzioni etiche e professionali, pur ritenendo inaccettabili tanto le forme di accanimento terapeutico quanto quelle di abbandono terapeutico.

In proposito parrebbe opportuno tornare a riflettere, fuor di retorica, sul significato autentico dell'*alleanza terapeutica*: relazione in cui il medico, depositario del sapere di cura e

³⁷⁹ Cfr. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, *Codice di deontologia medica* 2014 (aggiornato al 2016): <https://portale.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=115184> (ultima visualizzazione marzo 2017).

in dovere di garanzia nei confronti del paziente, agisca solo previo consenso informato, non riducibile a mero atto burocratico, ma consistente in una adeguata interazione ed approfondito dialogo con il paziente in una relazione di *fiducia* che, per strutturarsi, deve anzitutto valicare le barriere comunicative (l'alfabetizzazione delle donne è ormai un dato di massima urgenza, ma nei casi limite si può ricorrere ad interpreti) e certo tener conto della cultura locale, antepoendo anche a quest'ultima la volontà delle donne.

Le donne affette da malattie la cui rimozione è causa di sterilità non devono essere costrette da una tradizione che le condanna ad una morte psichica e sociale a lasciarsi morire divorate dal male fisico, ma per altro verso non possono essere forzate dai medici ad operazioni che, pur salvando loro la vita, causeranno forme di morte socio-identitaria assai più gravose. La *misura* dell'intervento medico dovrà così tener conto della cultura locale, sostenendo la donna in una scelta estremamente gravosa che in entrambi i casi la condurrà ad un certo tipo di "morte" (biologica o biografico-identitaria).

Ora, atteso che la scelta di ciascuno non può essere suscettibile di valutazione morale e dunque non proponendo alcun giudizio di valore rispetto a coloro che decidono di lasciarsi morire per non addivenire vittima di una tradizione mortifera, va detto che in proposito emerge l'urgenza di una sensibilizzazione della popolazione sui temi in questione, oltre che dell'implementazione di politiche diagnostiche preventive per la cura della salute riproduttiva³⁸⁰ e di una massiva alfabetizzazione delle donne che potrà infondere loro fiducia e sicurezza nelle situazioni critiche che le condurrà ad essere percepite con rispetto dal gruppo:

«C-Ha parlato del loro timore di diventare sterili: le donne che non possono avere figli sia perché sterili o perché a causa di un tumore i medici sono stati costretti ad isterectomizzarle, loro vengono escluse dalle comunità? I- Sì sono un po' escluse. Salvo se la donna ha un temperamento forte: in quel caso la rispettano, altrimenti la donna non è considerata degna di vivere con gli altri. È un'umiliazione troppo forte per la donna non poter avere figli»³⁸¹.

Le donne escluse a causa della loro sterilità sono invero numerosissime, ma sempre più sorgono per iniziative perlopiù private o religiose Centri di formazione (uno si trova ad esempio a Davougon, un altro è a poca distanza, nei pressi di Gbemontin ed è portato avanti dalla tenacia e dall'entusiasmo di Suor Lola Villazan) che si occupano dell'istruzione delle donne, di introdurre ad un mestiere per restituire loro un'identità attraverso il lavoro ed

³⁸⁰ Cfr. ACCP (Alliance for Cervical Cancer Prevention) : *Histoires de femmes, vies de femmes. Expériences du dépistage et du traitement du cancer du col utérin*, Path, Washington, 2004 in cui si presentano diverse esperienze di donne di tutto il mondo in tema dello screening del cancro del collo uterino: http://screening.iarc.fr/doc/RH_accp_wswl_fr.pdf (ultima visualizzazione marzo 2017).

³⁸¹ Cfr. Intervista a suor Lola, *infra*, p. 453.

impegnare le loro menti, altrimenti condannate alla depressione o alla pazzia. Tali donne hanno diritto a vivere o, quantomeno, a poter essere libere di scegliere del proprio corpo e della propria esistenza fuor dai condizionamenti sociali: bisogna pertanto mostrare alle sterili che se propenderanno per gli interventi salvavita c'è per loro un'alternativa di vita possibile all'esclusione, il che è possibile solo contribuendo alla costruzione di un'identità inedita per le donne, non passante attraverso la fecondità.

2.4 Una parentesi necessaria: le mutilazioni genitali femminili tra identità ed integrità

Per identificare l'appartenenza di un membro alla tribù è costume frequente presso molti gruppi beninesi incidere il volto dei bambini, ma a tutt'oggi è in uso, presso taluni gruppi del nord del Paese, la pratica delle *mutilazioni genitali femminili* (MGF).

«Le stime concernenti la prevalenza delle mutilazioni genitali femminili (MGF) in Benin differiscono ampiamente. Cionondimeno, i tassi oscillano tra il 17 e il 50% in seno alla popolazione femminile. Si può constatare, infatti, una grande disparità regionale, con un'incidenza al nord più elevata rispetto al centro e al sud-est del Paese. Le MGF che non esistono quasi nei Dipartimenti di Atlantique e Mono, sono poco praticati nell'Ouémé e Plateau, sono frequenti nell'Atakora, Donga, Borgou, Alibori, Collines. I principali gruppi etnici che praticano le MGF sono Bariba, Boko, Nago, Peul, e Wama/Birwé, gli Yom/Taneka, i Lokpa/Sorwé e i Kotocoli»³⁸².

Le MGF, secondo la definizione dell'OMS, sono «tutte quelle procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre lesioni agli organi genitali femminili per ragioni non mediche»³⁸³. L'intervento si articola in differenti fattispecie di mutilazione:

- Tipo I: Escissione del prepuzio con o senza escissione parziale o totale del clitoride;
- Tipo II: Escissione del clitoride con escissione parziale o totale delle piccole labbra;
- Tipo III: Escissione parziale o totale degli organi genitali esterni e sutura/restringimento dell'orifizio vaginale (infibulazione³⁸⁴);

³⁸² Division Afrique-Division régionale Sahel et Afrique de l'Ouest, *Mutilations génitales féminines au Benin*, Projet supra régional : *Appui aux initiatives pour l'abandon des mutilations génitales féminines* (MGF), GTZ : http://www2.giz.de/dokumente/bib/06-0906_2.pdf (ultima visualizzazione marzo 2017, trad. mia).

³⁸³ OMS, *Female genital mutilation*, February 2010: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³⁸⁴ A. Pasquinelli, *Infibulazione. Il corpo violato*, Meltemi, Roma, 2007.

- Tipo IV: Altre pratiche non classificate; quelle che comprendono la perforazione o l'incisione del clitoride e/o delle piccole labbra, la cauterizzazione, il graffiamento o l'ablazione dei tessuti vaginali, etc³⁸⁵.

L'operazione, nella maggior parte dei casi irreversibile³⁸⁶, viene condotta dai guaritori tradizionali o dalle anziane donne del gruppo alle bambine molto piccole e condanna le stesse ad una vita di grande sofferenza: dolori, sanguinamenti sono i rischi immediati, ma anche esposizione ad infezioni, come il tetano, l'HIV, alla formazione di cisti e ascessi, al disfunzionamento sessuale, oltre che a ripercussioni sulla salute mentale e psichica delle donne.

Nel mondo le MGF sono praticate in 29 Paesi, molti dell'Africa (in particolare in Egitto e in Somalia³⁸⁷), ma anche di alcune regioni del Medio Oriente e dell'Asia oltre che all'interno di molte comunità *di immigrati*, il che testimonia il potenziale diffusivo della prassi, in Europa, America del Nord ed Australia.

In Bénin circa il 13% delle donne ha subito interventi di MGF (72% di donne dell'etnia Peulh e 0% dell'etnia Adja e Fon)³⁸⁸; «a forma più frequente di MGF praticata in Bénin è il tipo II. L'età al momento della mutilazione varia enormemente da un gruppo etnico ad un altro, andando da 5 a 10 anni fino all'età adulta. Le donne Wama e alcune Nago per esempio non sono escisse ritualmente che dopo aver partorito più volte»³⁸⁹.

La Repubblica del Bénin, oltre ad aver ratificato la maggior parte delle convenzioni e dei trattati internazionali contro la discriminazione delle donne e per la protezione dei bambini³⁹⁰, ha anche previsto una legge per interdire e reprimere la pratica delle MGF (Loi n. 2003-03³⁹¹). Ciononostante la pratica, rispondendo a una prassi non ascritta al novero delle

³⁸⁵ OMS, *Mutilations sexuelles féminines*: http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/ (ultima visualizzazione marzo 2017).

³⁸⁶ È noto, infatti, che alcuni interventi di MGF, come l'infibulazione, non sono del tutto irreversibili, ma parzialmente e difficoltosamente è possibile ripristinare, anche se non integralmente, la situazione organica originaria. Cfr. su ciò W. Dirie, *Figlie del dolore*, 2005, tr. it. di S. Cerchi, Garzanti, Milano, 2008².

³⁸⁷ UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting. A statistical overview and exploration of the dynamic of change*, 2013: http://www.unicef.it/Allegati/MGF_Report_2013.pdf (ultima visualizzazione marzo 2017)

³⁸⁸ Ibidem.

³⁸⁹ Division Afrique-Division régionale Sahel et Afrique de l'Ouest, *Mutilations génitales féminines au Bénin*, cit. (trad. mia).

³⁹⁰ Il Benin ha infatti ratificato la Convenzione sui diritti dell'infanzia del 1989 (ONU, *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 1989: <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>) che ha definito l'escissione una pratica tradizionale violenta e nefasta e anche il Comitato Interafricano CIAF ha annunciato "tolleranza zero" in rapporto a tali pratiche. Cfr. Inter-African Committee on Traditional Practices <http://iac-ciaf.net/> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³⁹¹ *Loi No. 2003-3 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines en République du Bénin*: «Articolo 1: La presente legge ha per oggetto la repressione della pratica di mutilazione genitale femminile nella Repubblica del Benin. Articolo 2: Tutte le forme di mutilazione genitale femminile praticate da ciascuno, qualsivoglia sia la sua qualifica, sono interdette. Articolo 3: In ossequio alla presente legge, con riferimento a mutilazioni genitali femminili si intende l'ablazione parziale o totale degli organi genitali esterni

religioni monoteiste, ma culturale consuetudinaria e tradizionale, continua ad essere perpetuata, giacché trova il suo radicamento nei costrutti sociali, economici e politici delle comunità.

Si potrebbe addurre che la questione delle MGF esuli dai confini della presente indagine in quanto valica il precipuo ambito della malattie e della cura, purtuttavia va chiarito che essa non solo non esclude detto ambito, dal momento che può essere foriera di drammatiche forme patologiche ed è percepito secondo la tradizione come “cura” contro l’impurità costitutivamente femminile e come terapia contro l’infertilità e sterilità della donna³⁹², ma è anche particolarmente esemplare per descrivere il fenomeno dell’esclusione sociale oggetto di queste pagine. Inoltre la questione non si disgiunge dal fenomeno della maternità ivi indagato, non solo perché le infezioni causate dalla pratica tradizionale possono esporre a seri rischi le capacità generative della donna, ma anche perché, presso i gruppi che rispettano questo tipo di tradizione, le donne cui non è stata praticata la MGF non troveranno marito e saranno private della gioia della procreazione (eccetto nel caso in cui la gravidanza è l’esito di una violenza).

A ciò si aggiunga che, rispetto a tale pratica funesta, si solleva il problema bioetico del mancato *consenso* della vittima che, per la sua giovane ed incosciente età, non capirà quanto le viene inflitto. Tuttavia, prima di procedere con la denuncia – che pur dovrà essere ribadita con forza – della decisione dei genitori o della famiglia della donna mutilata, le dichiarazioni

delle persone di sesso femminile e/o tutte le altre operazioni che concernono tali organi. Sono escluse da questa categoria le operazioni chirurgiche degli organi genitali effettuate su prescrizione medica. Articolo 4: Chiunque avrà praticato su una persona di sesso femminile una mutilazione genitale in qualsiasi forma, sarà punito con la prigione da sei mesi a tre anni e al pagamento di un’ammenda da centomila a due milioni di franchi. Articolo 5. Quando la mutilazione genitale è praticata su una minorenne, il colpevole sarà punito con la pena della reclusione da tre a cinque anni e al pagamento di un’ammenda che può arrivare fino a tre milioni di franchi. Articolo 6 : In caso di decesso della vittima, il colpevole sarà punito con i lavori forzati da cinque a vent’anni e con un’ammenda che va da tre milioni a sei milioni di franchi. Articolo 7. Chiunque abbia aiutato, assistito, sollecitato l’escissore o gli avrà fornito dei mezzi o dato delle istruzioni, sarà considerato come un complice e condannato alle pene comminate all’autore principale. Articolo 8: In caso di recidiva, sarà applicato il massimo della pena senza sospensione. Articolo 9 Ogni persona, che è informata della preparazione di una mutilazione genitale femminile, che non avrà agito per impedire il suo compimento sarà perseguita per omissione di soccorso ad una persona in pericolo e punita con le pene previste dal codice penale. Ogni persona che è a conoscenza di una mutilazione genitale femminile è tenuta a informare immediatamente il procuratore della Repubblica o l’ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. La mancata denuncia è punita con una ammenda da cinquantamila a centomila franchi- Articolo 10. La responsabilità delle strutture sanitarie, sia pubbliche che private, è che sono tenute ad accogliere le vittime delle mutilazioni genitali e di assicurare loro le cure più appropriate. Esse devono informare il procuratore della Repubblica e l’ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Articolo 11. La presente legge sarà applicata come legge dello Stato»: Secretariat general du gouvernement du Bénin, *Loi portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines en République de Bénin* : <https://sgg.gouv.bj/documenttheque/categorie/loi/21> (ultima visualizzazione marzo 2017, trad. mia).

³⁹² «Nell’Atacora e nella Donga, l’escissione ha ancora delle funzioni sociali e dei fondamenti sociologici molto radicati nelle coscienze collettive ed individuali dei gruppi sociali che la praticano. L’escissione nei Paesi Wama per esempio ha delle funzioni terapeutiche importanti, da semplici affezioni all’infertilità/sterilità femminile». Division Afrique-Division régionale Sahel et Afrique de l’Ouest, *Mutilations génitales féminines au Bénin*, cit., trad. mia.

di intenti metodologici riportate al principio di tale studio impongono di contestualizzare la pratica tradizionale, per comprenderla a fondo.

Presso i gruppi in cui è in uso la MGF, essa è percepita come un modo per ridurre le relazioni sessuali prima del matrimonio e di preservare la verginità delle donne, conferendo alle stesse e alle famiglie onore e rispetto, di contro a coloro che, abbandonando la prassi, sono vittima di vergogna ed *esclusione* da parte del gruppo.

Come più volte ribadito, l'appartenenza al gruppo è un elemento fondamentale per la sopravvivenza dei singoli ed, in particolare, delle donne. Una donna esclusa, infatti, è una donna *sola*, di cui chiunque può approfittare e che, privata la protezione del clan, rischia di essere uccisa senza che nessuno chieda conto dell'omicidio: «è come un pezzo di grasso di pecora sotto il sole. Correranno tutti a cibarsi di quel grasso. Prima che ve ne accorgiate sarà pieno di formiche e di insetti, finché non resterà altro che una traccia d'unto»³⁹³. La donna, dunque, dovrà custodire la sua appartenenza al gruppo rispettando una serie di tradizioni precipue, necessarie per la propria difesa e sopravvivenza che, nella maggior parte dei casi, rischiano di ledere il rispetto dei suoi diritti fondamentali. Nel caso delle MGF, esse compromettono il diritto all'integrità del corpo per vedere garantito un altro diritto, quello all'identità, data dall'appartenenza al gruppo.

Dunque la scelta dei genitori che in vece della figlia danno il consenso alla MGF va inscritta in un orizzonte di senso che, pur certo contrario al rispetto dei diritti umani, risponde a delle esigenze fondamentali per la vita sociale presente e futura della bambina.

Tali riflessioni ci rimandano agli studi del filosofo Habermas il quale notava, rispetto a questioni differenti, come in ogni contesto i genitori e l'ambiente familiare condizionino il futuro dei figli; tuttavia egli limitava i loro interventi a quelli suscettibili di *reversibilità*³⁹⁴: a suo avviso qualora i genitori decidessero di imporre sui figli i propri *desiderata* andrebbero a compromettere l'«autopercezione normativa» che i figli hanno di se stessi e del proprio corpo che si avvertirebbe determinato da altri, irreversibilmente dipendente dalla decisione altrui, il che potrebbe «creare disturbo al senso di naturalezza per cui noi esistiamo come corpo, ma anche far nascere un modello inedito di relazione tra le persone caratterizzato da una peculiare dissimmetria»³⁹⁵.

³⁹³ A. Hirs Ali, *Infedele*, tr. it. I. Annoni e G. Giri, Rizzoli, Milano, 2008², p. 18, citato da R. Diana, *Filosofia interculturale e questioni etiche. Il problema dell'infibulazione*, cit., p. 217.

³⁹⁴ Cfr. J. Habermas, *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2001; tr. it. *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale* (2001), a cura di L. Ceppa, Einaudi, Torino, 2002, pp. 62-67. Come è noto le riflessioni di Habermas attengono alla possibilità che i genitori intervengano con modifiche del genoma dei figli.

³⁹⁵ Ivi, p. 44.

L'irreversibilità del danno arrecato, la lesione di diritti e dignità umana perpetrata dalla tradizione delle MGF e i danni alla salute fisica delle donne abilita, dunque, la richiesta di abolizione del rituale mutilatorio in maniera universale – nei Paesi in cui viene ancora praticato come nei restati del globo³⁹⁶ –, senza possibilità di revoca.

Invero, il 20 dicembre 2012 è stata adottata dall'Onu la Risoluzione *A/RES/ 67/146*³⁹⁷, che ha messo al bando le MGF da tutto il territorio del pianeta, tuttavia se la prassi persiste, anche in contesti come il Bénin in cui è stata vietata dalle leggi, allora è evidente che il percorso verso la cessazione del rituale, pur invero intrapreso – il che testimonia la suscettibilità della tradizione ad aprirsi al moderno³⁹⁸ – ha da essere corroborato con ulteriori strategie che inizino con il farsi carico della condizione della donna che, se non mutilata, resta esclusa.

«Questo significa che non basta adoperarsi per *imporre* o far *imporre* leggi: bisogna anche spendersi per *disporre* o far *disporre* condizioni tali da rendere sostenibile il divieto sancito giuridicamente (...): si tratta, infatti, di provocare un cambio di mentalità, soprattutto nella mentalità maschile, che nel nostro caso è il vero e proprio convitato di pietra. Sono qui in gioco non soltanto *differenze di genere*, ma anche *differenze di potere* fra i generi»³⁹⁹.

Come detto, un cambiamento di mentalità sarà possibile solo attraverso la diffusione di campagne di sensibilizzazione e di educazione che mostrino i danni alla salute e al benessere delle donne causati dalle MGF, ma anche attraverso la *dimostrazione* pratica della possibilità del cambiamento, ovvero mettendo a punto «strategie che possano rinforzare la visibilità delle attitudini favorevoli all'abbandono di tali pratiche»⁴⁰⁰. Solo questo potrà, infatti, scoraggiare la pratica e creare le condizioni favorevoli e durevoli affinché la donna

³⁹⁶ Il fenomeno è, infatti, anche posto all'attenzione dell'Occidente attesa la nuova prossimità "globale" istituita dalla contemporaneità e la significatività dei fenomeni migratori che portano con sé l'esportazione di pratiche: «Nel momento in cui l'Europa e l'Italia sono divenute meta di emigrazione per le popolazioni che praticano le mutilazioni genitali femminili, il problema è divenuto per noi una "questione di giustizia" e rappresenta una sfida difficile per la nostra cultura etica non meno che per la nostra cultura giuridica» V. Gessa Kurotschka, *Narrative identitarie e giustizia*, in Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, a cura di G. Cacciatore e G. D'Anna, Carocci, Roma, 2010, pp. 87-100, ivi, p. 88.

³⁹⁷ Cfr. United Nation General Assembly, *Intensifying global efforts for elimination of female genital mutilations*, 20 december 2012: <http://www.npwj.org/node/7462> (ultima visualizzazione marzo 2017).

³⁹⁸ Invero il Bénin, tra tutti i Paesi in cui sono praticate le MGF, ha la più alta percentuale (93%) di persone che ritengono che si debba mettere fine alla pratica (...). Difatti in Bénin «le inchieste rivelano che l'incidenza delle MGF è in diminuzione e che tale pratica tende ad essere disapprovata. In uno studio condotto su piccola scala dal Comitato Inter-Africano sulle pratiche tradizionali che colpiscono la salute delle donne e dei bambini (IAC), due terzi degli intervistati hanno dichiarato di desiderare l'abbandono delle MGF, il 19% ha dichiarato di non avere opinioni in merito e il 4% ne desiderava la conservazione» Division Afrique-Division régionale Sahel et Afrique de l'Ouest, *Mutilations génitales féminines au Bénin*, cit. (ultima visualizzazione marzo 2017, trad. mia).

³⁹⁹ R. Diana, *Filosofia interculturale e questioni etiche. Il problema dell'infibulazione*, in Aa. Vv., *Mente, corpo, filosofia pratica, interculturalità. Scritti in memoria di Vanna Gessa Kurotschka*, a cura di Cacciatore G., D'Anna G. e Diana R., Mimesis, Milano-Udine, 2013, pp. 215-229, ivi, p. 226.

⁴⁰⁰ UNICEF, *Mutilations génitales féminines/excisions: aperçu statistique et étude de la dynamique des changements*, 16/06/2013, p. 5: https://www.unicef.org/esaro/FGM_Report_Summary_French_16July2013.pdf (ultima visualizzazione marzo 2017, trad. mia).

beninese intraprenda una partecipazione attiva allo sviluppo sociale globale e ai cambiamenti di comportamento negativi che ineriscono la sua persona e la sua vita.

3. Gli anziani: l'ultima forma di esclusione sul finire della vita

Padre Christian al nostro domandargli di altre forme di esclusione sociale perpetrata in Bénin rispetto ai malati ci informa di una tradizione insospettabile:

«Adesso ci sono nuove forme di esclusione che prima non c'erano, ad esempio gli anziani sono esclusi. Prima non era così, erano visti come i più saggi ed erano massimamente rispettati; c'era tuttavia una forma di esclusione nascosta. Quando si parla di *sorciers* si trattava quasi sempre di una persona anziana e, in particolare, di una donna anziana, mai un uomo. L'uomo anziano era inteso come un saggio, ma la donna era quasi sempre vista come una *sorcière*, mai come una persona saggia. A tutt'oggi è anormale che una donna viva fino a diventare vecchia: si è sempre pensato che a un certo punto la donna dovesse morire, quando era terminato il suo ruolo di nutrimento, crescita e cura dei figli»⁴⁰¹.

L'esclusione degli anziani, invero, è un tema di straordinaria attualità che ben si offre all'attenzione della riflessione bioetica, soprattutto rispetto ai Paesi in via di sviluppo, atteso l'eccezionale accrescimento della longevità che ha inerito globalmente l'uomo contemporaneo, senza esclusione dei Paesi africani in cui è ben visibile l'aumento dell'aspettativa di vita, leggermente maggiore per le donne⁴⁰², particolarmente esperibile negli agglomerati urbani⁴⁰³.

L'urbanizzazione rapidissima e il miglioramento delle condizioni di vita in Bénin hanno condotto l'aspettativa di vita alla nascita ad età prima considerate irraggiungibili: 59,2 anni nelle campagne, 61 anni nei contesti urbani e 66 anni a Cotonou⁴⁰⁴. Tale dato,

⁴⁰¹ Intervista a p. Christian, *infra*, p. 435.

⁴⁰² M. Amadou Sanni, *Le défis urbains du vieillissement au Bénin*, in *Vieillessement de la population dans les pays du sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées. Etat des lieux et perspectives*, Actes du colloque International de Meknès, 17-19 Mars 2011, Maroc : <http://www.ceped.org/cdrom/meknes/spipbf13.html?article64> (ultima visualizzazione febbraio 2016) Cfr. Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH3). Lo studio citato nota, sulla base del Censimento che tra le persone interrogate, di età maggiore di 60 anni, il 10% dei salariati sono uomini, mentre le donne solo il 2%. Una tendenza analoga se si guardano i dati di pensionamento: 52% degli uomini contro il 9% delle donne. S'intende allora che le donne anziane hanno un potere d'acquisto inferiore a quello degli uomini anziani, di conseguenza «le donne anziane, più numerose, sono suscettibili di essere più esposte allo stress o alla depressione rispetto agli uomini anziani». M. Amadou Sanni, *Le défis urbains du vieillissement au Bénin*, cit.

⁴⁰³ Cfr. L. Fourn- A.M. Yacoubou- T. Zohoun, *Essai d'Evaluation des Aspects Médicaux du Vieillessement au Bénin*, in «Medicine d'Afrique Noire», 38 (1991) 4, pp. 252-260. Per la versione online : <http://www.santetropicale.com/Resume/43801.pdf> (ultima visualizzazione marzo 2017).

⁴⁰⁴ M. Amadou Sanni, *Le défis urbains du vieillissement au Bénin*, cit. in cui l'autore riporta i dati del Censimento del 2002 (pubblicato nel 2004) : INSAE, Troisième Recensement Général de la Population et de

evidentemente, traduce un miglioramento della qualità della vita diffuso in tutto il Paese che, però, si scontra con il disorientamento dei modi di vita tradizionali e la destabilizzazione delle gerarchie sociali esperibili rispetto alla condizione in cui versano anziani⁴⁰⁵.

«Tradizionalmente, le persone anziane dipendono essenzialmente dai loro figli o nipoti o parenti per la sussistenza, le cure, la dimora, etc. Tali valori sono sempre più trascurati e le persone anziane, più numerose e particolarmente negli agglomerati urbani, si vedono progressivamente abbandonati alla loro sorte, in un contesto dove solo un numero molto ridotto di lavoratori, generalmente impiegati del settore moderno dell'economia hanno diritto alla sicurezza sociale. Con dei salari insufficienti, l'insicurezza dell'impiego, i giovani e gli adulti delle città hanno difficoltà a vivere con i loro parenti anziani o ad occuparsi di loro come si converrebbe secondo quanto è concepito e praticato nelle società tradizionali»⁴⁰⁶.

Dunque le conseguenze demografiche sollevano una serie diversa di questioni, soprattutto in relazione alla percezione dell'invecchiamento come un inusitato stadio della vita in cui gli anziani, dovendo essere tenuti secondo tradizione in una condizione di riposo, in cui i più giovani sono chiamati a offrire loro i rispettosissimi servizi ed ossequiose cure, finiscono con l'essere abbandonati dai parenti che sempre più sono affaccendati e presi dai ritmi frenetici della vita.

Il che è particolarmente visibile nei contesti urbani: la *solitudine* è la condizione tipica dell'anziano beninese, non tanto di coloro che vivono da soli i quali, secondo le stime, ricevono visite da parte di figli e parenti almeno 4 volte all'anno, il che testimonia un'attenzione da parte dei familiari che, anche se blanda, non è del tutto assente⁴⁰⁷. Paradossalmente molto più precaria è la condizione di coloro che vivono in famiglia: essi sono del tutto isolati, marginalizzati all'interno di un gruppo che li ha completamente spogliati dagli onori della tradizione, che non riconosce la saggezza che custodiscono, al punto che a stento rivolge loro la parola, e li percepisce solo come un *ambiguo* peso. La globalizzazione è foriera di conseguenze non dissimili rispetto a quelle che esperiamo anche nel primo mondo: gli adulti escono frettolosamente di casa per andare a lavoro e non rientrare prima di cena, i bambini si recano a scuola molto presto la mattina e gli anziani restano abbandonati alla loro sorte, spesso confinati in un angolo della casa, spesso in una piccola

l'Habitation (RGPH3) 2004 – Synthèse des indicateurs sociodémographiques. Cfr. anche INSAE, *Profil social et indicateur du Développement Humain*, in *Tableau de bord social*, Ministère du plan, Cotonou, 1999, pp. 1-163.

⁴⁰⁵ D. Tabutin- P. Klissou-M. Amadou Sanni – R. Marcoux, *Urbanisation et développement : Théories, faits et défis de recherche*, Introduzione a P. Klissou-R. Marcoux-D. Tabutin, *Villes du sud : Dynamiques, Diversités, Enjeux Démographiques et Sociaux*, Archives Contemporaines, Paris, 2009, pp. 9-27.

⁴⁰⁶ M. Amadou Sanni, *Le défis urbains du vieillissement au Bénin*, cit.

⁴⁰⁷ OMS, *La santé des personnes âgées*. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS, OMS, Genève, 1989 : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39539/1/WHO_TRS_779_fre.pdf (ultima visualizzazione marzo 2017).

camera isolata dalla quale non sono invitati ad uscire, respinti e trattati in modo poco affettuoso anche dai più piccoli.

Se l'anziano in questione ha ancora un compagno/a quest'ultimo si prenderà cura di lui, altrimenti faticeranno a trovare aiuti. «In caso di malattia, 23,5% degli uomini e 51,3% delle donne beneficiano degli aiuti di uno dei figli. Per contro da 38 a 43% ricevono sporadicamente in caso di grande necessità, degli aiuti da parenti ed amici. Sembra che i valori antichi cambino in modo inquietante, poiché la lotta per la valorizzazione personale, la corsa ai beni materiali prendono il sopravvento sui valori tradizionali positivi sui quali le persone anziane dovrebbero poter contare. La crisi economica attuale aggrava la situazione, soprattutto per ciò che attiene all'alimentazione e alla nutrizione di tali soggetti. Al di fuori del consumo di pesce, l'alimentazione è povera in proteine animali come la carne che è consumata raramente dal 36,8% degli intervistati, del latte dal 30,3%»⁴⁰⁸.

Tuttavia non si tratta solo di incuria: l'ingresso nel moderno per il popolo beninese non taglia con una tradizione che, come visto, è sempre viva. Secondo la tradizione, la condizione dell'anziano è vissuta come un evento speciale, eccezionale, straordinario. Come più volte sottolineato, la non ordinarietà o, se si vuole, non normalità di alcune vite le rende passibili del sospetto o dell'accusa di *sorcellerie*. L'eccessiva longevità di un individuo è dunque percepita come un evento insolito, ovvero che traluce la manifestazione di un che di spirituale, di sacro, nella sua duplice accezione positiva o negativa. Da qui, mentre si rispetta la tradizione di non consentire all'anziano, considerato come entità in cui si manifesta un che di divino o di demonico, di affaticarsi nelle faccende quotidiane e nel lavoro, ad un tempo si tiene fermo il timore di detta eccezionalità e, dunque, lo si tiene distante, se ne teme il *contagio*.

Tale timore, alimentato dalla *tradizione* mina, come rispetto ai casi supposti, la garanzia dei *diritti*. Difatti gli anziani versano in una condizione di abbandono totale: pressoché assenti le cure mediche⁴⁰⁹, scarsa l'igiene⁴¹⁰, ma quel che è gravissimo è che sovente viene a mancare loro sinanche il nutrimento⁴¹¹.

⁴⁰⁸ L. Fourn- A.M. Yacoubou- T. Zohoun, *Essai d'Evaluation des Aspects Médicaux du Vieillissement au Bénin*, cit., p. 259 (trad. mia).

⁴⁰⁹ OMS, *La Santé des personnes âgées*, cit., p. 112.

⁴¹⁰ P. Agbohoun, *Hygiène et santé mentale des personnes du 3ème âge en milieu urbain béninois (A propos d'une enquête sur 255 personnes âgées observées au C.N.H.U. de Cotonou et dans le DUC VI)*. Thèse Méd., Cotonou 1989, n°430, p. 132 citato in L. Fourn- A.M. Yacoubou- T. Zohoun, *Essai d'Evaluation des Aspects Médicaux du Vieillissement au Bénin*, cit., p. 2598.

⁴¹¹ A. Alassani, *Consommation des aliments riches en antioxydants, prévalence de l'hypertension artérielle, du diabète sucré et de l'obésité chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans le Littoral (Cotonou)*- Thèse de doctorat en médecine, Faculté des Sciences de la Santé (FSS), N. 1328, Cotonou, 2007.

Va detto, in proposito, che ancora una volta *lo Stato sembra farsi portavoce della tradizione*: come per i malati mentali, anche per gli anziani negletti le iniziative politiche sono invero molto blande e il problema delle pensioni – sintomaticamente – tarda ad essere rivisto. «Tali disuguaglianze di genere si riflettono ugualmente anche a livello del sistema di gestione o di pianificazione del governo: l'organizzazione delle attività o dei redditi, le attrezzature e le infrastrutture, la prossimità dei servizi offerti ledono il benessere delle persone anziane. Tutto ciò dipende dalla politica urbana in tema di presa in carico delle persone anziane»⁴¹² che, pur confrontandosi con oggettivi dilemmi economici di allocazione delle risorse, non può escludere alcuni dei suoi membri dalla cittadinanza, non può ledere la garanzia dei diritti, soprattutto di quelli fondamentali.

Marginalizzati, considerati un inutile peso anche dallo Stato, nella maggior parte dei casi non hanno mezzi, dunque non hanno cure. Del resto anche le loro legittime pensioni⁴¹³ tardano persino decenni ad arrivare e spesso sono sospese, il che li costringe sovente a lasciare le loro case in affitto, a continuare ad essere vittime della negligenza dei parenti che non si curano della loro vita, della loro salute, né del loro nutrimento o, persino, a mendicare⁴¹⁴.

«In tal caso, senza alcun dubbio, le persone anziane delle zone urbane sono le più toccate dalla depressione nei Paesi africani, in particolare in Bénin»⁴¹⁵: la depressione, male sinora poco conosciuto dalle popolazioni africane⁴¹⁶, diviene frequentissimo, riverberandosi prevalentemente in sintomatologie di tipo fisico come mal di testa o di schiena, stanchezza, insonnia, ed altri problemi di salute⁴¹⁷, che traducono un malessere psichico profondo.

Dunque la società moderna beninese non teme di mostrare il suo rifiuto, quasi dispregio, nei confronti degli anziani; ma nei contesti rurali, in cui la tradizione è avvertita con più forza e la povertà è più drammatica, l'exasperazione di questa incuria diventa insostenibile.

Qui gli anziani sono tutti ex lavoratori indipendenti (contadini, pescatori etc.), pertanto non hanno diritto alla pensione, il che, unendosi alla debolezza dell'età che avanza, azzerà immediatamente il loro potere d'acquisto e, dunque, la loro considerazione sociale. Inoltre,

⁴¹² M. Amadou Sanni, *Le défis urbains du vieillissement au Bénin*, cit.

⁴¹³ Per un'analisi del sistema pensionistico beninese cfr. Casse Nationale de Sécurité Sociale du Bénin, *Branches de Pensions*: www.cnsbenin.org/?Branches-des-pensions (ultima visualizzazione marzo 2017).

⁴¹⁴ J.-C.D. Dossa, *Personnes du 3^{ème} âge au Bénin : Vieillesse, la saison des vicissitudes*, in «L'Evenement Précis», 14 octobre 2011 : <http://bj.jolome.com/news/article/personnes-du-3eme-age-au-benin-vieillesse-la-saison-des-vicissitudes> (ultima visualizzazione marzo 2017).

⁴¹⁵ M. Amadou Sanni, *Le défis urbains du vieillissement au Bénin*, cit.

⁴¹⁶ Ibidem.

⁴¹⁷ Cfr. F. Djrolo – L. Fourn – B. Fayomo – T. Zohoun, *Prevalence du diabète sucré au Bénin*, in «Le Bénin Médical», (1999) 12-13, pp. 98-104.

particolarmente drammatica è la condizione delle donne che, come detto più longeve rispetto agli uomini e particolarmente inclini ad essere associate alla *sorcellerie*, vivono una radicale forma di esclusione.

Illuminante è in proposito l'intervista a Suor Lola Villazan:

« I- [gli anziani] stanno per morire, non si investe molto sulla loro cura. C- Non c'è quindi qui la percezione della saggezza degli anziani? I- No, ho visto morire degli anziani perché nessuno dava loro da mangiare. Conobbi una donna che mi dissero fosse cieca, la guardai e mi accorsi che era solo cataratta. Dissi che doveva essere operata. Mi dissero di no, allora chiesi se era per il denaro, avrei provveduto io, ma mi risposero: “No, è una strega, se ritornerà a vedere ci mangerà tutti”. Io mi assunsi la responsabilità dell'operazione e tornò a vedere. C- La famiglia le diede il consenso? I- Sì, me ne assunsi io la responsabilità. Ricominciò a vedere ed ovviamente non mangiò nessuno. Dissi ai figli: “vostra madre è solo anziana, ma non è *sorciere*, non vi mangerà”. Tuttavia temevo che non le dessero da mangiare. In verità il marito è fedele alla moglie quindi si prendeva cura di lei. Nel senso che sa di essere tenuto a portarle regolarmente qualcosa da mangiare, ma era molto anziano anche lui e a sua volta era poco considerato. Partii per qualche mese in congedo in Spagna ed ero molto in apprensione per quell'anziana donna, infatti sapendomi lontana smisero di portarle da mangiare. Prima di partire, però, mi ero accordata con un'altra donna, affinché si occupasse un po' di lei, la quale al mio rientro mi disse che non l'avevano lasciata entrare a casa loro. C- Quando una persona è considerata anziana per la mentalità locale? I-Mah, è difficile da definire un'età precisa: quando non ha più la forza per aiutare il gruppo è considerata “vecchia” e ... non ha più il diritto di mangiare? Comunque quella coppia è morta: prima la donna e poi il marito, nessuno si era più occupato di loro. Questo in verità è molto frequente: le persone molto anziane sono abbandonate. Questa storia della vecchiaia in Africa, non so perché, ma è assolutamente diffusa. C-C'è una differenza tra uomini e donne rispetto a tale abbandono degli anziani? I-No, dipende, comunque di solito non si consente ad una donna troppo anziana di preparare il pasto per il gruppo perché può essere *sorciere*. C- È possibile che per loro l'età anziana sia percepita come cosa non normale, straordinaria, perché sono abituati, per le malattie o per la povertà, a una mortalità molto precoce? I- Sì, assolutamente: è per loro arrivato il momento di *partir*. In alcuni casi sono abbandonati completamente, in altri casi se ne occupano poco. Una volta portai la comunione in un villaggio ad un'anziana donna e mi accorsi che aveva fame perché avevo comprato del pane per portarlo a casa e lei lo guardava, così le chiesi se ne voleva un po', mi disse di sì e lo mangiò rapidamente; le chiesi se ne voleva altro, lo prese e lo nascose. Aveva fame, ma sapeva che non sarebbe stata nutrita dai suoi familiari. Ogni volta che vado le porto del pane e dei biscotti e li nasconde sempre, perché lei sa che come tutti i vecchi è il suo momento di *partir*. Lei si lascia *partir*. Con naturalezza, mi dicono ad esempio “mia nonna/mia madre è morta”, li guardo dispiaciuta e mi rispondono “sì, ma era vecchia”. C-Lei pensa che questo è in qualche modo legato alla percezione della morte che qui è molto diversa rispetto all'Occidente? Qui ho assistito a funerali festosi, di persone felici che i propri cari appena defunti fossero divenuti adesso antenati sacri per il villaggio. Mi hanno infatti spiegato che se muore un giovane sono tristi, ma se muore un anziano non hanno motivo di esserlo, anzi gioiscono perché da quel momento in poi potrà

proteggere la famiglia: forse auspicano per i propri anziani proprio questo? I- Un po' sì. Qui se muore un bambino piccolo, lo accettano; il giovane non ha il diritto di morire: non fanno alcuna festa, lo interrano fanno un funerale e basta. Ma se è un anziano che muore si fa una grande festa, si consultano gli oracoli Vodun, anche se la tribù è cristiana, e quando il Vodun dice che la persona può essere interrata la si sotterra nel proprio villaggio con mais, acqua, cibi e anche vestiti perché potrebbe fare freddo durante il suo "viaggio". La musica serve proprio per accompagnare i defunti durante il viaggio così se hanno paura non si sentiranno soli»⁴¹⁸.

L'accettazione della finitudine della vita e dell'arrivo della morte⁴¹⁹ è una caratteristica tipica della mentalità africana che non implica una scarsa affezione i membri della famiglia, ma confida con grande sicurezza in un'esistenza ultramondana, il che consente di intendere che l'atteggiamento di sospetto che involve i più longevi incontra un immediato sollievo quando essi "partono", ripristinando un *ordine* che la loro presenza trascendeva, con l'ulteriore vantaggio di accrescere il novero di avi a protezione della famiglia e certo anche di diminuire il gravame economico.

Tuttavia rifiutarsi di dare del cibo agli anziani chiama alla mente una serie di questioni che è d'uopo considerare: sembra infatti riproporsi, anche se certo in un contesto molto diverso, l'annosa questione tra mezzi "proporzionati" od "ordinari" e mezzi "sproporzionati" o "straordinari" che ha inerito negli ultimi secoli il dibattito occidentale sull'accanimento terapeutico e sull'eutanasia. Il dibattito occidentale ha visto, come è noto, il delinearsi di due fronti teorici opposti, rispetto alla "nutrizione ed idratazione artificiale" (NIA): la Chiesa cattolica ha considerato la NIA appartenente al paradigma dell'ordinario e del proporzionato,

⁴¹⁸ Cfr. intervista a Suor Lola Villazan, *infra*, pp. 454-455.

⁴¹⁹ Cfr. intervista a suor Lola: «C- Mi sembra che la mentalità africana sia molto determinista: accettano con grande naturalezza quello che loro accade non collaborando troppo affinché qualcosa muti. Sembra che si affidino ad un destino che è capitato loro in sorte, ad un volere degli dei o degli antenati per loro sostanzialmente imm modificabile dunque da accogliere passivamente così come viene, il che si riflette sia rispetto all'accettazione della morte che della malattia. Mi sbaglio? È rassegnazione la loro? (...) I- Sì. Ma anche in quel caso se la persona muore ... è Dio che ha voluto. C- Ma quale Dio? Il Dio dei cristiani o il dio della religione Vodun? I- Mah, tendenzialmente quello cristiano. Anche se noi intendiamo un po' diversamente il ruolo di Dio rispetto alla morte: non è lui che *vuole* la nostra morte. Noi sappiamo che la malattia uccide le persone, non Dio. Noi sappiamo che Dio è con coloro che soffrono, li accompagna, li sostiene, ma non vuole la morte di alcuno. Alcuni mesi fa sono tornata in Spagna perché mia sorella stava male ed è morta, al mio rientro alcune donne mi hanno fatto le condoglianze e mi hanno detto "Dio ha voluto così!", infervorata ho risposto loro che Dio non ha certo voluto la morte di mia sorella e, loro, interdetto mi hanno domandato "Chi l'ha uccisa allora?", come è evidente ho risposto che era stata la malattia, che non abbiamo potuto fermare, non certo Dio. Qui vige un cristianesimo particolare, mentre pregano portano amuleti al collo, consultano *feticheurs*, fanno sacrifici per i vivi e per i defunti: per loro "bisogna farlo" [*Il faut le faire*]. Incontrai un uomo che conoscevo che tornava dalla casa del *fetichier* e gli chiesi "tuo padre è morto da tre anni perché continui ad andarci?", mi rispose che il *fetichier* doveva comunicargli se il padre era soddisfatto della cerimonia funebre che gli era stata fatta, altrimenti bisognava compensare la mancanza con una serie di sacrifici..."il faut le faire", altrimenti sulla famiglia avrebbe potuto riversarsi una maledizione. C- Una maledizione è ad esempio la nascita di un bambino malformato? I- Sì. Le feste si fanno affinché il defunto sia contento e non ritorni più. C-Dunque non c'è qui considerazione degli anziani, ma dei defunti? I-Sì, quella dei defunti è una questione molto complicata per la tradizione culturale». *infra*, pp. 455-456.

la cui sospensione si fa foriera di abbandono del malato aprente a forme di eutanasia passiva, mentre il versante opposto la intende come presidio medico straordinario⁴²⁰.

Chiaramente la questione è da contestualizzare in un ambito dissimile, ma non del tutto estraneo: la NIA è una somministrazione artificiale di cibo ed idratazione, il che, mentre sembra allontanare la questione dal nostro contesto di riferimento, in effetti la approssima nella misura in cui l'anziano malato beninese non dispone di mezzi, dunque è totalmente dipendente dalla decisione altrui di erogazione di nutrizione ed idratazione. Ciò, inoltre, al di là dell'inquadramento della NIA come presidio sanitario o alimentazione, si aggiunge alle cure mediche, invero assai costose, che pure non sono previste per gli anziani ammalati. Il problema, allora, si sposta verso l'autodeterminazione del malato: in Occidente si discute la condizione di un paziente in stato vegetativo permanente che non è in grado di esprimere le proprie volontà, mentre l'anziano di un contesto tribale beninese vorrebbe poter vivere, ma è tenuto ad ossequiare la tradizione che lo confina in una dimensione di dipendenza.

La tradizione beninese dunque scompagina i termini del dibattito bioetico che pur si solleva in maniera per certi versi affine a quella occidentale. Si fa, qui, molto evidente la sottile differenza tra *uccidere e lasciar morire*: approssimando il paziente in stato vegetativo all'anziano malato beninese, incapace di procurarsi da solo del nutrimento e di pagare le sue cure ed impossibilitato a manifestare la sua volontà di vita, perché ciò contraddirebbe il dettato tradizionale, e paragonando la NIA all'alimentazione e nutrizione non artificiale, ma pur sempre somministrata da terzi e, soprattutto, non perdendo mai di vista la drammatica difficoltà di allocare le poche risorse di una comunità su una vita con minime aspettative di sopravvivenza, l'accostamento alla problematica occidentale su proposta diviene meno forzoso.

Infatti, per quanto qui l'influenza del dettato culturale e religioso tradizionale sia molto più pressante rispetto al dibattito occidentale, che pure non sempre può dirsi del tutto laico, il quesito bioetico, a tutt'oggi posto all'attenzione del dibattito contemporaneo, si ripropone pressoché inalterato nel contesto beninese: non somministrare cibo ed acqua e cure sanitarie vuol dire sottrarre all'individuo beni primari e, dunque, procurarne deliberatamente la morte – *ucciderlo* – oppure rappresenta la volontà della famiglia di non ostinarsi, non “accanirsi” con interventi non naturali (perché in natura l'anziano ammalato, incapace di procurarsi del cibo e cure sarebbe già morto), «aventi come finalità la mera sopravvivenza di

⁴²⁰ Cfr. E. D'Antuono, *L'accanimento terapeutico. Note per un'analisi delle questioni bioetiche di fine vita*, in Aa. Vv., *Le criticità nella medicina di fine vita: riflessioni etico-deontologiche e giuridico economiche*, Grafica Elettronica srl, Napoli, 2013, pp. 215-225.

un essere umano in condizioni gravi e senza speranza di miglioramento»⁴²¹, dunque lasciare che la natura faccia il suo corso – *lasciarlo morire* – tra l'altro da solo, rinunciando all'etica dell'accompagnamento o ad altre forme di *palliazione*?

È sottilissima la linea tra il rinunciare all'accanimento (inteso in senso ampio come accanimento contro la natura) e l'eutanasia. Tuttavia è chiaro che la morte di un uomo può dirsi *buona e dolce* (*eu thanatos*) solo se risponde al desiderio di ciascuno, atteso che versi in uno stato di salute grave ed irreversibile, di rinunciare consapevolmente ad un'esistenza che non risponde più alla propria idea di qualità e dignità. Ciò evidentemente confligge con le teorie che interpretano la vita sulla base del paradigma di sacralità e che, dunque, la rendono indisponibile, ma la tradizione beninese sembra trascurare entrambi i paradigmi per spostarsi sul piano della *quantità* che, però, tiene conto della sacralità e della qualità della vita del *gruppo*.

È, dunque, la legge del più forte a prevalere in un contesto ove i più deboli sono consegnati alla natura e al caso e vivono aspettando la fine della loro agonia. Sembra di tornare al darwinismo dei positivisti otto-novecenteschi che proponevano l'idea di una società utopica nella quale la visione antropologica sarebbe stata dettata da quella scaturita dalle teorie biologiche sull'origine dell'uomo: l'essere umano, considerato come un animale tra gli animali, non connotato da alcuno status particolare che lo ponesse al di là di pure considerazioni utilitaristiche ed economiche, con l'invecchiamento, che lo porta a divenire un carico economico per la società, dovrà essere avviato verso centri per la pratica eutanastica. Tali utopie non sembrano troppo lontane dalla realtà dei descritti contesti tradizionali africani, né non sconosciute al passato occidentale, si pensi ad esempio alle atrocità perpetrate durante il nazismo, invero a tutt'oggi ancora riproponentisi da più parti, soprattutto ravvisabili nell'assenza o scarsità di politiche sanitarie rivolte agli anziani anche di stati democratici moderni che sembra non aspettino altro che “gli anziani si sbrighino a morire”⁴²².

L'utilitarismo evidente sotteso alla questione ci riporta alle riflessioni di Potter citate nel primo capitolo di questa sezione, come al pensiero di John Harris, docente di bioetica alla Manchester University e sostenitore dell'eutanasia infantile, il quale afferma in un suo scritto del 1970, *The Value of Life, an Introduction to Medical Ethics*, che *a tutti dovrebbe essere garantita una “equa quota di vita”, stimabile in 70 anni*. Chi riesce a superarla «deve

⁴²¹ Ivi, p. 217.

⁴²² Il riferimento è ad un'affermazione recente del Ministro giapponese Taro Aso riportata su The Guardian, il che rivela che ancora nel mondo esistano, anche nei Paesi più emancipati dette questioni: cfr. J. McCurry, *Let elderly people 'hurry up and die', says Japanese minister*, in The Guardian», 22/01/2013: <https://www.theguardian.com/world/2013/jan/22/elderly-hurry-up-die-japanese> (ultima visualizzazione marzo 2017).

considerare eventuali anni ulteriori come una sorta di bonus», insomma un fortunato a cui, se si sottrae la possibilità di vivere ancora più a lungo, non può gridare all'ingiustizia, perché «una volta raggiunta la soglia [dei 70 anni] ha ormai visto soddisfatto il suo diritto». Un diritto alla vita a tempo che alla ottava decade suona l'ultimo rintocco e condanna gli anziani ad essere depauperati da ogni loro prerogativa, privati in garanzie e diritti, spogliati dalla loro cittadinanza, in una parola che ora non sembra più così tanto lontana dall'universo occidentale: *esclusi*.

Da ciò discende con implacabile logica, secondo Harris, che tra due «candidati» alla sopravvivenza, se le risorse non permettono di soddisfare le pretese di entrambi, bisognerà privilegiare colui il quale ha maggiori aspettative di vita, colui il quale ha appena iniziato il suo soggiorno terreno⁴²³. Così, in breve tempo, il mondo sarà caratterizzato da una strutturale discriminazione anagrafica: non sarà più un *Paese per vecchi*.

Teoria, questa, che, qualora fosse seriamente presa in considerazione dalle politiche, paleserebbe scenari drammatici atteso che «le proiezioni demografiche rivelano che nel 2020 le persone anziane dei Paesi in via di sviluppo saranno circa il 15% della popolazione globale»⁴²⁴. Ciò invero dischiuderebbe una prospettiva apocalittica: una pressante eugenetica di Stato promossa da motivi di bilancio che tende a liberarsi di una fetta dell'umanità non più sostenibile dalle casse “comuni” – che invero hanno ben poco di “comune” se non sono accessibili a tutti.

Tuttavia il problema economico non può essere considerato un fattore legittimante delle barbarie come quella perpetrata rispetto agli anziani o come le molte altre descritte. Del resto in Bénin, come detto, la povertà si scontra con una tradizione inclemente che corrobora la lesione dei diritti degli anziani, di quelli autosufficienti e di quelli che non lo sono più, perpetrata dallo Stato, dimenticando di riconoscere l'importanza di coloro che più di altri rappresentano i veri custodi delle tradizioni. Bisognerà pertanto iniziare proprio dallo Stato che dovrà impegnarsi in politiche *inclusive* a livello economico, sociale, giuridico e culturale, il che potrà consentire una sensibilizzazione dei cittadini rispetto all'importanza della figura degli anziani, oggi sostenuti solo da poche associazioni che ne difendono i diritti⁴²⁵. Allo

⁴²³ J. Harris, *The Value of life. An Introduction to Medical Ethics*, Routledge & Regan Paul, London, 1985.

⁴²⁴ L. Fourn- A.M. Yacoubou- T. Zohoun, *Essai d'Evaluation des Aspects Médicaux du Vieillessement au Bénin*, cit., p. 252, in cui gli autori si riferiscono a: G. Brucker-A.Diallo et alii, *Une enquête sur le vieillissement en Afrique*, in «Isd», Lettre, Paris, 6 (1988) 3, pp. 3-7. Cfr. In proposito anche J.T. Ronald, *Qui assurera l'entretien des personnes âgées ?*, in «La pure vérité. Revue de bonne compréhension», 23 (1985)1, pp. 4-6.

⁴²⁵ Association des Cheminots Retraités du Benin (ACRB); Union Nationale des Retraités du Bénin (UNAREB); Association Nationale des Retraités de l'Office Béninoise de Sécurité Sociale (ANAROBSS); Amicale de Retraités Douanier (AR/Douaniers); Cercle de Sages Retraités du Bénin (CSRB); Association Béninoise des Femmes Retraités du Bénin (ABFRB); Amicale des Gendarmes Retraités au Bénin (AGRB); Syndicat National des Travailleuses et Travailleurs Retraités du Bénin (SYNTRAREB); Amicale des Militaires Retraités du Bénin

stesso modo, gli attori internazionali non potranno non intervenire rispetto a questa, come alle altre pratiche escludenti descritte che, pur essendo in parte anche la conseguenza di un sistema globale fallimentare che progredisce a detrimento di alcuni popoli e Paesi, trovano nel radicamento alla tradizione il maggiore ostacolo – che non vuol dire divieto – all'avanzamento.

(AMREB); Amicale de Policiers Retraités du Bénin (ARP); Amicale des Instituteurs et Institutrices Retraités de Cotonou- Gbégaméy (AI/CG); Amicale des Retraités de l'ORTB (ADR-ORTB); Association Nationale des Personnes Agées du Bénin (ANAPAB); Amicale Fraternité Papito-Mamita (FRAPAMA); Fédération National des Associations et Organisations des Retraités et Personnes Agées du Bénin (FENAOREB). Cfr. M. Amadou Sanni, *Le défis urbains du vieillissement au Bénin*, cit.

CONCLUSIONI

Tradizioni vs diritti

Dopo aver rimarcato l'urgenza di un pieno riconoscimento delle *tradizioni di cura* del Bénin in ossequio al *diritto all'identità* dei singoli e dei popoli da garantire in maniera universale, nella presente sezione del lavoro si è provato ad approssimare tutte quelle tradizioni che, pur sempre afferenti all'universo della salute, a differenza delle prime, minano il rispetto dei *diritti umani fondamentali*.

Come si è potuto osservare, le pratiche tradizionali descritte (l'infanticidio rituale dei bambini malformati, la contenzione dei malati di mente, l'allontanamento dei lebbrosi, dei soggetti affetti dall'ulcera del Buruli e dei sieropositivi, la sostituibilità e restituibilità delle donne infertili sino al rifiuto di offrire nutrizione ed idratazione agli anziani) sono tutte attraversate da un atteggiamento comune: l'*esclusione sociale* dei malati, feroce lesione dei diritti di chi ne è vittima, soprattutto del diritto alla vita.

I soggetti disabili, incapaci di ricoprire il ruolo loro proprio all'interno del gruppo, per il cui benessere e per la cui salute costituiscono un peso pericoloso giacché sono considerati portatori di un male *contagioso*, vengono messi ai margini di e da tradizioni che un po' per costrutti ideologici propri, un po' per l'inclemente contingenza di quei luoghi (che pure bisogna tenere in conto), possono dirsi "eugenetiche". Il piano spirituale non abbandona mai quello clinico, integrandosi perfettamente in convinzioni sociali che non lasciano scampo ai più deboli, percepiti come *sorciars*, incarnazione di un male che, manifestandosi nel loro corpo in maniera *cronica*, non reversibile, rischia di trasferirsi al gruppo tutto il quale solo con l'allontanamento dell'elemento patogeno riesce a curare se stesso ed a guarirsi.

«Esclusi sono, in generale, coloro che sono affetti da qualche patologia: anche i bambini malnutriti, ovvero quelli che hanno il ventre molto gonfio perché pieno di acqua ed incapace di trattenere le proteine: la loro forma è anormale, per questo anch'essi si può dire che siano esclusi, difatti non vengono interrati insieme agli altri»⁴²⁶.

Per il loro non conformarsi al canone di normalità e salute e per il loro costituire un potenziale di pericolo, i malati sono messi fuori dal gruppo, spogliati della loro appartenenza alla collettività, dunque della loro identità che fino a quel momento li connotava, garantendogli sicurezza e protezione. La disabilità isola il singolo all'interno dell'identità collettiva, lo individualizza separandolo di necessità da un contesto condiviso in cui non c'è

⁴²⁶ Intervista a p. Christian, *infra*, p. 435.

spazio per entità singole, per diversi. La disidentificazione (cui si corredano i descritti atteggiamenti spersonalizzanti e piuttosto riducenti gli individui a cosalità od animalità, come le donne restituibili o i matti legati agli alberi) priva gli esclusi non solo del diritto di cittadinanza presso il proprio gruppo di appartenenza, ma di ogni diritto esigibile: nessuno aiuterà chi non ha identità e, dunque, non è. Soli e malati gli individui descritti non hanno speranza di sopravvivenza. Gli esclusi, ricorda padre Christian, «sono mandati fuori dalla società e muoiono per l'abbandono»⁴²⁷.

Come visto, non è nuova al dibattito bioetico l'idea che i disabili, considerati per un certo filone di pensiero surricordato *non persone*, possano essere privati della garanzia dei diritti fondamentali così, incrociando alcune delle questioni bioetiche più dirimenti (lo statuto dell'embrione, il trattamento di contenzione rispetto ai pazienti psichiatrici, la procreazione medicalmente assistita nei Paesi in via di sviluppo, il rifiuto di trattamenti sanitari salvavita per motivi culturali, le cure ordinarie o straordinarie, l'accanimento terapeutico etc.) si è potuto recuperare temi non estranei al dibattito contemporaneo occidentale.

Ciò se per un verso apre le questioni indagate ad uno spazio di respiro "globale" (e si tornerà nella sezione successiva sul significato di tale concetto), per altro interpella con urgenza la politica nazionale del Bénin, troppo spesso estranea, per motivazioni talvolta comprensibili talaltra no, ad una riconsiderazione dei drammi di un contesto di così grande precarietà economica in cui, sembrano permanere e, a volte, predominare le severe leggi della sopravvivenza che condannano i più deboli per salvare i più forti.

Purtuttavia il problema reale è che al di là dell'economia disastrosa e disastrosa come della politica a tratti claudicante, il vero problema del Paese è il radicamento fortissimo nelle convinzioni tradizionali e consuetudinarie che faticano ad essere scalfite, ma che in molti casi violano il rispetto dei diritti umani fondamentali e della dignità della persona umana condannando troppi a vivere in condizioni inumane e degradanti in agognante attesa della fine. Anteporre la tradizione ed, in particolare, le tradizioni nefaste per la difesa dell'umano ai problemi economici e politici del Paese consente di intendere da un precipuo angolo visuale, che non dà spazio a facili e retoriche scappatoie, la lesione dei diritti perpetrata.

Il che, in definitiva, ci riconduce ai tre quesiti posti al principio della sezione rispetto ai quali è forse possibile avanzare alcune, prime, opzioni di risposta che verranno sviluppate nella seguente sezione.

Il primo quesito posto si domandava se dal riconoscimento dell'identità culturale africana, anzi beninese, affermato nella sezione iniziale del lavoro, dovesse inferirsi il rispetto

⁴²⁷ Ibidem.

di principi e diritti peculiari di quella cultura e, dunque, si dovesse abdicare alla pretesa di far valere quelli sorti nel contesto storico culturale occidentale, totalmente altro rispetto a quello africano e per molto tempo in contrasto con esso.

Per iniziare ad aprire un dibattito su tale questione bisogna riflettere sull'universalità di alcuni principi e diritti fondamentali che in maniera, per dir così, antepredicativa ineriscono l'umano. Di fronte alle tradizioni descritte:

«tutti noi, penso (...) saremmo pronti a fermare la sua mano, e a farlo con lo stesso slancio immediato, irriflesso, con cui non esiteremmo ad afferrare il bambino che sta precipitando nel pozzo (secondo l'esperimento mentale del saggio cinese Mencio del IV-III secolo a. C., citato da François Jullien) o nel fuoco (secondo l'analogo scenario immaginato da Mandeville). C'è qui un impulso irrefrenabile che ci fa scattare..., ci sentiamo scossi fin dalle radici e spinti a reagire: e questo è un dato profondo, antepredicativo, sentito piuttosto che pensato, su cui bisognerà riflettere e puntare, per rintracciare le fonti del "comune", ma anche per capire quando e dove il "comune" si interrompe per aprire uno squarcio sull'incondiviso, sull'incondivisibile»⁴²⁸.

Inoltre, al di là del piano ontologico, per rispondere all'interrogativo proposto non si può prescindere dal prendere atto di un'evidenza storico-situazionale: ad oggi abbiamo fatto ingresso in un contesto condiviso in cui la globalizzazione ha determinato nuove "prossimità" tra mondi prima considerati distanti che, invece, oggi costituiscono un'unica maglia policroma, il che in qualche modo unifica ed universalizza le questioni che dovranno far appello ad un catalogo di principi condivisi.

«Se è vero – ecco l'argomentazione – che, per effetto della globalizzazione economica, dei trasporti sempre più veloci e della rete telematica, questo nostro mondo è destinato a diventare sempre più nel tempo "un'immensa città", un "mondo-città" – per dirla con una metafora di Marc Augé – , allora è vero anche che i concetti topologici di 'vicino' e 'lontano' tendono a relativizzarsi, e che, stringendosi sempre più le maglie delle reti esistenti e future, ciò che oggi ci appare ancora geograficamente distante ci sarà sempre più prossimo. Nello scenario affascinante, o inquietante (secondo i gusti), di questa città-mondo, della quale stiamo già conoscendo e sperimentando direttamente virtù e difetti, vantaggi e svantaggi, le nuove 'vicinanze' – generate dalla mutata condizione epocale – suscitano attenzione, solidarietà, fastidio, preoccupazione, sdegno, conflitto e quant'altro»⁴²⁹.

Il dato di fatto della globalizzazione rende, così, i principi e i diritti sorti nel retroterra occidentale universalizzabili. Il che si rela al secondo quesito che pur di questo primo si sostanzia: la richiesta di superamento di una tradizione che, secondo il punto di vista condiviso or ora discusso, è considerata nociva per la persona, lesiva della sua dignità e dei diritti appena riconosciuti come universali, è gesto forzoso, neocolonialistico, implicante la

⁴²⁸ R. Diana, *Filosofia interculturale e questioni etiche. Il problema dell'infibulazione*, cit., pp. 219-220.

⁴²⁹ Ivi, p. 225. Qui l'autore cita M. Augé, *Non luoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità* (1992), trad. it. di D. Rolland e C. Milani, Elèuthera, Milano, 2009², p. 12.

negazione dell'identità culturale beninese da parte di una cultura presuntivamente "superiore"?

Invero il nuovo orizzonte comune, di cui sopra, dovrebbe condurre ciascuna cultura ad un autoesame delle proprie tradizioni che, del resto, potranno conoscere un avanzamento se e solo se non sia loro "calato" dall'alto, né imposto da altri, ma sia vissuto come endogeno riconoscimento della necessità di autotrasformazione orientata a raggiungere quell'universalizzazione di cui sopra che non è già data, ma è da darsi, da costruirsi congiuntamente agli altri popoli e alle altre culture.

Il che legittima dunque anche il punto di vista europeo e occidentale a sollevare il problema e a partecipare alla discussione pubblica rispetto a questioni che, come detto, ad oggi, in virtù della suddetta prossimità globale, lo riguardano.

Del resto non bisogna considerare il Bénin un Paese del tutto estraneo a dette valutazioni: si tratta comunque di una Repubblica in cui vige un modello democratico ed in cui almeno a livello teorico sono garantite libertà civili e politiche e difesi i diritti umani, al punto che è definito «"quartiere latino dell'Africa" dell'epoca coloniale» che «ha conservato il gusto della cittadinanza e dei diritti umani»⁴³⁰. Ciononostante è indisconoscibile che sussista uno iato tra pronunciamenti teorici e garanzie pratiche, soprattutto per quanto attiene alla popolazione rurale.

Qui i dilemmi si mostrano con maggiore evidenza: forzare il mutamento, imporre veti e stabilire principi "migliori" o "oggettivi" potrebbe condurre alla conseguenza nefasta di abilitare raggiri ancor più perniciosi per la vita e la salute delle persone già offese dalla loro stessa tradizione. Per fare un esempio si pensi alla possibilità che il divieto di legare il malato mentale e il conseguente obbligo di tenerlo libero nella comunità, come prescritto dalle Carte nazionali ed internazionali, fossero resi esigibili forzatamente: nella migliore delle ipotesi quel divieto continuerà ad essere evaso, ma ove si imponesse il suo rispetto si potrebbero esperire forme estreme di eliminazione (retaggio estremo dell'esclusione) di quelle vite indesiderate considerate portatrici di nocimento, rischio e pericolo per il gruppo tutto.

Allora bisogna, forse, arrendersi all'impossibilità di eradicare dette tradizioni? Si incrocia, così, il terzo quesito ovvero quello che si domandava della presunta immobilità della tradizione che, rappresentando un passato metastorico, non potesse conoscere avanzamenti e mutamenti storico situazionali, il che invero viene presto confutato dalla prova dei fatti, giacché in più campi sono esperibili aperture in direzione di un maggior riconoscimento dei

⁴³⁰ O. Bonnin, *Bénin. Comment les droits de l'Homme préservent du sida*, in «Journal du sida», 208 (Août 2008): http://www.arcas-sante.org/a/JDS/article/943/Benin_Comment_les_droits_de_l_Homme_preservent_du_sida (ultima visualizzazione marzo 2017, trad. mia).

diritti e della dignità della persona. Tuttavia la domanda è più radicale: si tratta, infatti, di intendere se sia possibile *scardinare* automatismi tramandati e scuotere in profondità mentalità cristallizzate nella ripetizione pedissequa di usi e costumi del passato.

Prevedere un mutamento in seno ad una data tradizione vuol dire «provocare uno smottamento ed uno spostamento intenzionale in quella che John Searle chiama «intenzionalità collettiva» che indica la «capacità della mente di rappresentare oggetti e stati del mondo altro da sé»⁴³¹. Se l'intenzionalità collettiva conferisce alle tradizioni lo status di «fatto istituzionale», non bisogna perdere di vista che si tratta di un'attribuzione *convenzionale* e che, dunque, può essere passibile di mutamento: come il denaro ha un valore nato dall'imposizione collettiva dello status istituzionale così i rituali di affiliazione clanica e riconoscimento sociale che conducono all'esclusione dei soggetti malati sono la conseguenza dell'«intenzionalità collettiva» che si può pensare di direzionare altrove. Il fatto stesso che le tradizioni siano convenzionali non esclude che esse possano abbandonare la loro matrice oltraggiosa, per conservare, eventualmente, solo l'aspetto simbolico del rituale: al più si potrebbe tollerare un processo di *sublimazione simbolica* delle pratiche escludenti⁴³².

A tale fine bisognerà insistere su più fronti: quello *legislativo*, caldeggiando la promulgazione di norme che vietino o sanzionino le prassi tradizionali indignitose per l'acquisizione universale dei diritti di cittadinanza; quello della *discussione pubblica*, attraverso la sensibilizzazione e l'informazione, difatti «la contraddizione deve essere trattata discorsivamente e affidata a strumenti quali il dialogo, il convincimento e l'apprendimento pubblici»⁴³³ e, soprattutto, quello dell'*esperienza quotidiana* in cui solo l'azione pratica sarà capace di *dimostrare* che vi sono *alternative possibili* all'esclusione.

«I – Bisogna rispettare le tradizioni, ma bisogna riconoscere ugualmente che ci sono delle cattive tradizioni, qui come ovunque. Non bisogna rispettare passivamente tutte le tradizioni: ci sono delle cose da rispettare ed altre no. Anche io quando trovo a confrontarmi con alcune sette cristiane che utilizzano – e dico bene “utilizzano” – la malattia per attirare persone, proponendo loro delle cure che si accompagnano a grandi preghiere o grida, io ne prendo le distanze. Io rispetto tutti, anche qui all'Ospedale, distingo la malattia di una persona dalle sue convinzioni; del resto quando un malato entra qui io non gli chiedo certo qual è la sua religione. Noi rispettiamo ed accogliamo tutti, ma se voi venite qui e volete imporre il vostro modo di vedere io vi allontano qualsiasi sia la vostra religione: cristiana, musulmana o altro. I musulmani sono molto rispettosi, pregano nelle ore per loro stabilite, tutti li guardano, ma non cercano di imporre la loro preghiera agli altri,

⁴³¹ Cfr. J.R. Searle, *La costruzione della realtà sociale* (1955), trad. it. di A. Bosco, Einaudi, Torino, 2006², p. 13-36.

⁴³² Cfr su ciò R. Diana, *Filosofia interculturale e questioni etiche. Il problema dell'infibulazione*, cit., pp. 227-228.

⁴³³ V. Gessa Kurotschka, *Narrative identitarie e giustizia*, cit., p. 97.

pertanto non c'è alcun problema se professano la loro fede. Ma se una setta cristiana viene qui e con grandi urla attribuisce la malattia alla presenza del diavolo, sono io stesso che li metto fuori. C – Per Lei c'è una strada che lo Stato dovrebbe intraprendere per veicolare alcuni principi della medicina moderna? O per fare in modo che alcune tradizioni non positive come l'abbandono dei bambini malformati possano essere superate? I – Per me bisogna *mostrare alla popolazione che ci sono alternative*. Mostrare che è possibile curare in uno modo diverso. (...) è importante che loro possano constatare. (...). C - Per Lei, dunque, per superare queste tradizioni radicali è sempre preferibile mostrare una differente tipo di medicina, dare loro esperienza di altro? I- Sì rispetto ai grandi discorsi da fare nei villaggi che non servono affatto a curare i malati penso assolutamente di sì»⁴³⁴

Come visto sinora, l'azione pratica quotidiana in Bénin è promossa prevalentemente da Associazioni private, ONG e gruppi religiosi. Si è visto, infatti, come il «triangolo luminoso i cui angoli sono Julia, Christian e Grégoire»⁴³⁵ – e che ricomprende molti altri tra cui la tenace suor Lola o l'infaticabile dott. Marius Yabi, direttore dell'Ospedale di Zinvié – si adopera quotidianamente, instancabilmente, rigorosamente per mostrare che la prassi escludente può essere superata attraverso meccanismi di *mediazione* che prevedono non solo l'integrazione del malato, ma la sua piena *inclusione* nel suo stesso contesto di appartenenza. Mai forzando il punto di vista dell'altrui che viene sempre rispettato, costoro si fanno costruttori di alternative, creando le condizioni affinché si possa determinare un avanzamento endogeno della tradizione.

Essi, come i moltissimi altri religiosi missionari, sono l'esempio di una Chiesa che funziona che, purtroppo, fatica a rigenerarsi e che, invero, è esperibile oramai in casi eccezionali e situazioni limite, autenticamente posta a servizio dei bisognosi ai quali fornisce cure mediche, assistenza spirituale e possibilità concrete di recupero e di reinserimento nella società.

Tuttavia in un mondo ormai plurimo, interculturale, globale probabilmente il modello religioso proposto, *capace di mediare tra tradizioni e diritti*, sostituendo alle prassi escludenti meccanismi inclusivi, potrà farsi esempio *ripetibile ed esportabile* se e solo se si dispone alla laicizzazione.

Il termine “laicità” non va inteso come opposto a religione, ma da esso autonomo, sicché si possa determinare un vichiano “incivilimento della religione”, ovvero una traduzione del linguaggio cristiano in linguaggio etico-politico, universalizzabile anche in contesti differenti.

⁴³⁴ Intervista a p. Christian, *infra*, pp. 438-440 (c.vo mio).

⁴³⁵ E. Di Salvo, *Gbemontin. La vita ritrovata*, cit., p. 143.

«L'esercizio della laicità dovrebbe forse significare considerazione degli apporti alla civiltà da parte delle religioni, nella loro *facies* di oggettivazioni storiche dell'umana tensione verso l'Assoluto, constatazione del loro patrimonio di sensi e valori produttivi di *ethos* e di legami capaci di espungere la violenza. Così la laicità non trarrebbe definizione dall'opposizione alle religioni o a convinzioni divenute *Weltanschauungen* escludenti (...), ma si configurerebbe come il correlato del pluralismo, diverrebbe segno di un'assunzione di consapevolezza che la pluralità è infine davvero diventata valore»⁴³⁶.

Per tali ragioni il descritto modello disposto alla laicità, all'interno del pluriverso contemporaneo, in cui sovente si esperisce la mancanza di criteri condivisi, sarà di grande aiuto per la definizione di li-miti da porre alle tradizioni troppo radicali e perniciose che verranno intesi non come asfittici ed irriguardosi vincoli, ma come miti criteri di norm-azione *inclusivi*, da ricreare continuamente in rapporto alla situazione al fine di consentire ai singoli l'esercizio della propria *tradizione* ed evitare sconfinamenti lesivi dei *diritti*.

⁴³⁶ E. D'Antuono, *Habeas corpus, habeas animam. Questioni di inizio vita tra etica, bioetica, cittadinanza*, in L. Chieffi – J.R. Salcedo Hernández (a cura di), *Questioni di inizio vita. Italia e Spagna: esperienze in dialogo*, Quaderni di bioetica n. 6, Mimesis, Milano-Udine, 2015, pp. 29-55, ivi, p. 42. Sulla laicità si rimanda a G. Fornero, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Mondadori, Milano, 2009; Id., *Laicità debole e laicità forte. Il contributo della bioetica al dibattito sulla laicità*, Mondadori, Milano, 2008; G. Boniolo (a cura di), *Laicità. Una geografia delle nostre radici*, Einaudi, Torino, 2006; S. Rodotà, *Perché Laico*, Laterza, Roma-Bari, 2009; E. D'Orazio (a cura di), *La laicità vista dai laici*, Milano, Università Bocconi Editore, 2009; P. Donatelli, *Bioetica e laicità*, in «Iride», XXIII (2010) 61, p. 479-488; F. Rimioli, *Democrazia, pluralismo, laicità. Di alcune sfide del nuovo secolo*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013; S. Veca, *Un'idea di laicità*, Bologna, il Mulino, 2013.

SEZIONE III

Diritti umani e diversità culturale nel mondo globale contemporaneo

Dopo aver discusso, nella prima sezione del presente lavoro, dell'importanza di rispettare le tradizioni di cura beninesi in ossequio al diritto all'identità culturale che è *diritto umano* fondamentale ed inalienabile, nella seconda parte si è cercato di circoscrivere le asserzioni iniziali, giacché si è visto che talune tradizioni si sono mostrate in contrasto con i *diritti umani* fondamentali. Dunque, a ben vedere, in entrambi i casi si è parlato dei *diritti umani* (oltre che di quelli sociali, civili e politici) e della loro compatibilità con le tradizioni culturali, nel caso di specie beninesi. Si è problematizzato, infatti, a partire da casi specifici ed esempi pratici, la questione della difficile individuazione di un *limite* da porre alle tradizioni culturali sanitarie beninesi quando prevedono prassi configgenti con il rispetto dei diritti umani e si sono intravviste delle possibilità di *mediazione* sinora riscontrabili nella riportata opera di taluni attori, prevalentemente religiosi, operanti in Bénin che da anni si impegnano per conciliare tradizioni e diritti.

È ora opportuno proseguire la riflessione sui diritti umani trasponendo sul piano più propriamente teorico un ragionamento che sinora è stato condotto dal punto di vista esemplificativo, esperienziale e pratico.

A tale scopo bisognerà muovere dalla determinazione della *titolarità* dei diritti umani, ovvero si tratta di riprendere la dibattuta questione della loro appartenenza *naturale* all'uomo o del loro essere una conquista *storica*, prevalentemente condotta dall'Occidente. Inoltre bisognerà chiarire se i diritti umani debbano essere intesi alla stregua di valori morali o di garanzie giuridiche e, inoltre, se debbano riferirsi al singolo individuo o se, in un contesto ove l'individuo delega al gruppo cui appartiene la propria identità, possano essere ascritti ad un soggetto collettivo e, nel caso in cui ciò si deciderà possibile, bisognerà riflettere sulle conseguenze scaturenti da detto spostamento.

Ciò condurrà il ragionamento a interrogarsi sul mancato rispetto dei diritti umani, ovvero a chiedersi: *chi è il giudice della violazione dei diritti umani* – in ispecie rispetto alla cultura tribale collettiva –: *la società, lo Stato o il soggetto che subisce il danno?* In un contesto come quello indagato, come si è visto, le identità individuali vengono sussunte in un più ampio categoriale collettivo, pertanto non i singoli giudicheranno il verificarsi di una lesione dei propri diritti e dignità, anche perché, inseriti come sono in quella tradizione, non saranno in grado di riconoscere il danno subito, ma lo percepiranno come prescrizione

tradizionale; dal canto suo la società, responsabile della perpetuazione delle tradizioni, sarà difficile che, da sola, addivenga ad un'autoconsapevolezza del danno inflitto e giunga ad un'autolimitazione delle sue stesse prassi culturali; peraltro lo Stato, spesso reo di lasciarsi influenzare dalla cultura di un popolo che pure in esso si riconosce e da esso deve sentirsi rappresentato, non sempre sarà in grado, anche per tutta una serie di evidenti motivi politico-economici, di giudicare e reprimere dette violazioni. Pertanto solo chiamando in causa gli attori sovranazionali si potrà determinare una spinta alla garanzia del rispetto della dignità e dei diritti che dovrà, poi, responsabilizzare non solo lo Stato ad un più deciso impegno per la loro tutela, ma anche la società affinché si disponga ad una storicizzazione delle sue tradizioni e certo anche i singoli che, edotti sui diritti loro propri, potranno scoraggiare le pratiche che determinano le violazioni rubricate entro il tema dell'*esclusione* nelle sue drammatiche diversificazioni descritte.

Dunque verranno chiamati in causa gli attori internazionali, ma bisognerà capire anche se talune circostanze possano *giustificare l'introduzione della forza per la difesa dei diritti umani*; tutto ciò non prima di aver chiarito l'eventualità che la cultura sia storicizzabile e discusso della possibilità di un intervento sovranazionale non impositivo né prevaricatorio.

Difatti, al fine di sviluppare adeguatamente tutte le questioni sollevate per giungere a tirare le fila del ragionamento, bisognerà ridiscutere dal punto di vista teorico alcuni quesiti fondamentali che hanno attraversato il presente ragionamento e che attendono una risposta più completa di quella sinora addotta a partire dall'analisi empirico-situazionale:

1. Il primo quesito ineriva la possibilità di trasporre un ragionamento sui diritti umani anche in un contesto di senso peculiare come quello beninese, rispondente a principi e valori del tutto dissimili rispetto a quelli in cui è sorta l'esigenza di formulare Carte e Dichiarazioni sui diritti umani considerati universali.
2. Il secondo quesito, intimamente relato al primo, calava il ragionamento nel contesto specifico del particolarismo delle tradizioni africane, talune delle quali inumane e degradanti, domandandosi della legittimità della richiesta di emendare dette prassi spregevoli, ma pur identitarie, il che avrebbe potuto figurare un gesto necolonialistico impositivo.
3. Il terzo interrogativo, dai primi due scaturente, questionava la possibilità di storicizzare la tradizione, idea non unanimemente condivisa che, pur afferendo ad un orizzonte più storico-filosofico, tuttavia si riallaccia al ragionamento sui diritti nella misura in cui, qualora si rilevasse che le tradizioni si riconoscono come

metatemporali e, dunque, immodificabili, si dovrebbe abdicare alla iniziale richiesta di universalizzazione o alla pretesa universalità dei diritti.

È d'uopo dunque recuperare tali questioni che dal punto di vista pratico hanno avuto una risposta tendenzialmente positiva e beneaugurante, nel senso che testimoniano esperimenti possibili orientati al superamento dei retaggi più inumani delle tradizioni beninesi e piccoli avanzamenti compiuti, giacché, se si vuole attendere un mutamento significativo, invero sempre più urgente e non posponibile, ci sarà bisogno di un'analisi teorica che ragioni sull'universalità dei diritti umani e sulla possibilità di conciliazione con il particolarismo delle tradizioni africane, in specie beninesi. L'irrinunciabilità della riflessione speculativa, infatti, non solo fa da cornice al discorso condotto empiricamente, ma può dimostrare l'effettiva possibilità di un avanzamento e, dunque, orientarlo affinché cessino i facili giustificazionismi e si imbocchi una via d'uscita dall'impasse che accelera lo stato di cose attuali o, per contro, bisognerà riconoscere dei limiti da porre a dette aspettative.

Dunque solo dopo aver problematizzato e discusso del rapporto tra universalismo e particolarismo, ovvero della possibile coesistenza tra universalità e oggettività dei diritti e specificità e soggettività culturale, si potrà poi giungere a meglio chiarire quale sia il ruolo, nell'era *globale* e nel contesto del pluralismo contemporaneo, della bioetica, ovvero se sia essa chiamata a dover rendere conto della peculiarità delle tradizioni, delle religioni, delle filosofie, dei punti di vista dei singoli e dei gruppi e di come possa eventualmente farlo non perdendo di vista l'accordo rispetto ai diritti umani.

L'eterno scontro tra specificità culturale e oggettività dei principi e dei diritti, condotto sul banco di prova della *storia* e calato nel contesto specifico della realtà beninese rispetto alle questioni bioetiche della cura, si vedrà posto di fronte al quesito incalzante della necessità di accomodamento, di aggiustamento affinché gli esclusi – sia i singoli, che i popoli e i Paesi – possano ritrovare la propria cittadinanza che vuol dire appartenenza e, cioè, identità in un'intesa inclusiva possibile.

CAPITOLO PRIMO

Universalismo e particolarismo

La dilemmatica relazione tra universalismo e particolarismo non è cosa nuova alla storia dell'uomo e del pensiero che, seppur involve ambiti diversi, ripeterpetua il medesimo problematico atteggiamento. Difatti se

«l'universalismo è manifestazione della tendenza a sminuire il valore di tutto ciò che ha individualità particolare per assegnare effettivo valore solamente all'attività di un universale determinante, col suo contenuto, il contenuto di ogni realtà; il particolarismo è manifestazione della tendenza a considerare assolutamente autonoma ogni realtà fornita di valore particolare. Il particolarismo è, dunque, in certo modo, tentativo di universalizzazione del particolare»¹.

Di tal che dal canto suo «l'universalismo sbaglia non in quanto prende atto dell'aspirazione all'universale, bensì in quanto pretende di dare un volto e un nome all'universale» limitandone così l'essenza che, invece, può essere tale solo se indeterminata aspirazione cui tendono le individualità, mentre il particolarismo «per illuminare il soggetto nella individualità degli atteggiamenti che sono suoi, non ne coglie l'atteggiamento in cui, nella tensione universale è profondamente se stesso, nel momento in cui ambisce ad andare oltre la sua particolare immediatezza»².

Difatti il rischio insito nella presente riflessione tesa ad individuare una mediazione tra universalismo dei diritti umani e particolarismo delle tradizioni culturali è appunto quello che i primi possano fagocitare le specificità particolaristiche annichilendole nella loro superiore ed asfittica unità immemore delle preziose diversità culturali e che le seconde possano, nel tentativo di difesa della propria specificità, imporsi come innovati assoluti, chiusi in un'autoreferenzialità ugualmente autoritaria quando non violenta.

Ciononostante è sempre più manifesta l'impossibilità di negare entrambi i due poli dialettici il che spinge a mettersi alla ricerca di possibili interazioni che, a ben vedere, hanno da sempre animato la storia dell'uomo in maniera non sempre feconda e che addiventano sempre più problematiche nel tempo dell'odierno pluralismo.

¹ P. Piovani, *Linee di una filosofia del diritto*, Cedam, Padova, 1958 (III ed. 1968), ora in Id., *Per una filosofia della morale*, a cura di F. Tessitore, intr. a cura di G. Acocella, Bompiani, Milano, 2010, pp. 289-630, ivi, pp. 492-493. Per una bibliografia degli scritti di P. Piovani si veda l'appendice a F. Tessitore- G. Acocella (a cura di), *Bibliografia di Pietro Piovani 1946-1982*, in F. Tessitore, *Pietro Piovani*, Napoli, Giannini, 1982 e P. Amodio (a cura di), *Bibliografia degli scritti su Pietro Piovani (1948-2000)*, Liguori, Napoli, 2000, con aggiornamento per gli anni 2000-2007 in «Archivio di storia della cultura», XXI (2008), pp. 361-372.

² P. Piovani, *Linee di una filosofia del diritto*, cit., pp. 498-501.

Tra universali calati dall'alto imposti a detrimento delle specificità individue e particolarismi emergenti con pretese universali che si sono relazionati con l'altro e con il diverso secondo le modalità dello scontro, del dominio, animati dalla spocchia pregiudiziale dell'inferiorità dell'altro, la storia dell'uomo si è fatta sovente teatro di schiavitù, sfruttamento, segregazione, discriminazione, espropriazione ed eliminazione³.

Inoltre, in maniera quanto mai paradossale, proprio mentre si andavano affermando le libertà e i diritti fondamentali di quei popoli che si erano affrancati dal dispotismo politico ed economico, essi stessi continuavano ad esercitare ciò di cui acclamavano l'emancipazione universale sui loro schiavi in maniera ancor più prepotente. I valori come l'uguaglianza, la libertà si restringono così ad una parte di umanità, unica ad essere inclusa in degli standard di civiltà e moralità da lei stessa definiti, mentre il primitivo, inferiore prima per natura e, poi, per cultura, diviene destinatario dell'ideologia dell'incivilimento che aggrava la sua subalternità veicolandola attraverso un pregiudizio non ingenuo né innocente, ma sostenuto da avanzate teorie filosofiche liberal-borghesi che rispecchiavano gli interessi dei ceti dominanti di riportare il diverso nell'eguale, il particolare ad universale, la soggettività nell'oggettività. Il particolarismo occidentale assurge, così, a pretesa universale, specializzandosi nel creare categorie di sottoumanità che mettono in questione l'idea di unità del genere umano su cui si fondano gli ideali di libertà, i principi etici, i diritti civili, politici ed anche umani da quello stesso dichiarati universali⁴.

Avanza così il dubbio che i conclamati diritti universali, pur afferenti all'umanità tutta, siano in effetti l'acme di un colonialismo economico, politico, intellettuale, morale che, mascherato dalla millantata afferenza all'unità del genere umano, celino invece la volontà unificatrice ed accentratrice dell'uomo occidentale che quei diritti ha definito, scelto e asserito secondo le sue categorie di pensiero e i suoi principi valoriali.

³ Todorov ha evidenziato come questa logica abbia potuto condizionare e subordinare il rapporto tra colonizzatore e colonizzato a due forme elementari di alterità, entrambe fondate sull'egocentrismo e sull'identificazione del proprio *io* con l'universo. Una prima forma considera l'altro-straniero come *identico* (e non come *divergente*), come essere umano completo con gli stessi diritti, un'identità alla quale deve essere assimilato in virtù del suo essere eguale; una seconda forma lo considera come *divergente* (e non come eguale) e traduce questa differenza in inferiorità. Come si vede, in entrambi i casi, l'altro non è percepito come *eguale* e nello stesso tempo come *divergente*. T. Todorov, *La Conquête de l'Amérique*, Edition du Seuil, Paris, 1982; tr. it. *La conquista dell'America. Il problema dell'«altro»*, a cura di A. Serafini, Einaudi, Torino 1992², p. 51. La logica deduttiva dell'identità, aspira all'universale partendo dal proprio particolare e lo assume come modello da generalizzare, assume cioè la parte di umanità più vicina e prossima a criterio di valutazione di tutte le altre parti di umanità: l'universalismo si confonde con l'etnocentrismo. Perciò, da quando l'ideologia coloniale ha perso ogni legittimazione culturale, economica e politica, e l'etnocentrismo è stato per così dire smascherato, l'universalismo dovrebbe cercare di «combinare quel che sembra abbiano di meglio i due termini dell'alternativa»: l'uguaglianza tra diversi (senza identità), la differenza tra eguali (senza superiorità/inferiorità). Ivi, p. 302. Cfr. anche Id., *Les Morales de l'histoire*, Grasset & Fasquelle, Paris, 1991; tr. it. *Le morali della storia* (1991), a cura di F. Sessi, Einaudi, Torino 1995, pp. 23-133.

⁴ Cfr. E.M. Fabrizio, *A partire dal pluralismo: identità e culture*, in «Idee», (gennaio-aprile 2007) 64, pp. 43-47.

Ciononostante parrebbe potersi dire che «dopo una prima fase di contestazione radicale dei modelli della cultura monologica e oppressiva dell'Occidente, la ricerca di nuove configurazioni identitarie fa criticamente i conti con il peso della tradizione per poter delineare nuovi profili e modi di riconoscimento»⁵. Difatti la storia recente, dalla seconda metà del '900, ha intrapreso un cammino di autocorrezione dei «propri universali come particolarità indebitamente ammantate di universalismo»⁶ cui si è giunti attraverso lotte per il riconoscimento e per la pari dignità che hanno assunto non solo connotati etico-politici, ma anche teorici nella misura in cui hanno determinato il crollo del modello positivistico ed evolucionistico di cultura e della dicotomia civiltà-primitivismo e del pregiudizio eurocentrico che ha condotto al riconoscimento del «valore obiettivo e significato morale» a costumi e credenze a cui prima si concedeva «derisione, o tutt'al più una curiosità condiscendente»⁷.

Salvaguardare la pluralità culturale dalla tendenza all'uniformità messa in atto dal processo di occidentalizzazione e operare un'autocritica riflessiva della cultura occidentale per la sua stessa crescita ha favorito una percezione della differenza che assume il superamento di ciò che Wittgenstein denunciava come incapacità di conferire valore di verità agli altri significati⁸.

Tuttavia è manifesto che riconoscere la differenza valoriale, culturale, tradizionale e morale tra le soggettività (popoli e Paesi) particolari e appellarsi al paradigma dell'incommensurabilità delle culture apra al duplice rischio che queste ultime non si riconoscano più nel catalogo dei diritti detti universali e che, invece, preferiscano arroccarsi nella difesa della propria specificità in maniera radicale quando non fondamentalistica. Tale atteggiamento si dispiega nella chiusura autoreferenziale e relativistica o nell'apertura veicolata solo con intenti di conquista e affermazione universale, dunque secondo modalità che espongono al rischio di conflitti drammatici in ossequio a logiche disumane che impediscono ogni tentativo di universalizzazione, obiettivo principale da attendere in una società che si voglia inclusiva ed interculturale.

Proprio al fine di contenere tali radicalismi il pensiero politico e morale contemporaneo profonde costantemente il suo impegno nella definizione di principi e diritti

⁵ R. Bonito Oliva, *Identità in dialogo*, cit., p. 14.

⁶ Á. Heller - F. Fehér, *The Political Postmodern Condition*, Columbia University Press, New York, 1988, p. 8 (tr. mia).

⁷ C. Lèvi-Strauss, *Race et culture*, in «Revue internationale des Sciences sociales», XXIII (1971) 4, pp. 647-666; tr. it., *Razza e cultura*, in *Lo sguardo da lontano. Antropologia, cultura e scienza a confronto* (1983), tr. it. di P. Levi, Einaudi, Torino 1984, p. 10. Cfr. l'introduzione di P. Rossi all'antologia da lui curata, *Il concetto di cultura. I fondamenti teorici della scienza antropologica*, Einaudi, Torino, 1970.

⁸ Cfr. L. Wittgenstein, *Bemerkungen über Frazer's «The Golden Bough»*, in «Synthese», XVII (1931), pp. 233-253, tr. it. *Note sul «Ramo d'oro» di Frazer* (1931), a cura di S. de Waal, Adelphi, Milano, 1975, p. 17.

che, rispondendo ai bisogni diversificati di culture plurime, riescano a rendersi effettivamente universalizzabili. Il che è non solo ampiamente desiderabile, ma sicuramente possibile: invero dubitare della possibilità di istituire una dimensione partecipata vuol dire disconoscere la socialità originaria dell'uomo che non è una conquista che dipende dalla virtù o dal dovere, ma è elemento costitutivo dell'umano che favorisce, in un processo riflessivo e relazionale, l'autocomprensione esistenziale e il riconoscimento dell'alterità costitutiva, dunque della reciprocità. Il nodo della questione di radica proprio nella necessità di non disconoscere ad un tempo le particolarità peculiari che, però, non possono radicalizzarsi in particolarismi esclusivisti, autoritari e xenofobi, e l'unanime aspirazione universalizzante che non si dica innovato universalismo dispotico.

Resta pertanto non solo da capire se i princìpi e i valori proclamati nelle recenti *Dichiarazioni* nazionali ed internazionali siano null'altro che un riperpetuantesi occidentalismo mascherato o se effettivamente rispondano a criteri condivisibili da contesti innegabilmente differenti, ma anche da indagare le condizioni di possibilità della loro applicazione in *situazioni* plurime ed assai diversificate, rispondenti a tradizioni valoriali e culturali non ricomprendibili in unità⁹.

1. Il discorso sui diritti umani

Continuamente enunciati, costantemente violati, i diritti umani «sono ormai la lingua franca del pensiero morale globale, così come l'inglese è la lingua franca dell'economia globale»¹⁰.

È difatti un dato acclarato che, nonostante i diritti umani siano assiduamente chiamati in causa in maniera – almeno apparentemente – unanime, accada spesso che restino disattesi dal punto di vista effettuale: si pensi ai Paesi in cui è ancora legale la pena di morte o, riguardo al caso oggetto di studio, al rispetto di tradizioni inumane e degradanti da parte delle popolazioni tribali del Bénin, come alla passività dello Stato beninese che, pur aderendo per tempo a trattati e dichiarazioni sui diritti umani, troppo sovente confina la sua adesione su di un piano tutto teorico non solo per difficoltà contingenti, ma probabilmente anche per sua stessa adesione alla cultura tradizionale.

⁹ T. Todorov, *La vie commune. Essai de anthropologie générale*, Seuil, Paris, 1995; tr. it. *La vita in comune. L'uomo è un essere sociale*, a cura di C. Dongiovanni, Pratiche Editrice, Milano, 1998, pp. 9 ss. e pp. 24-65.

¹⁰ M. Ignatieff, *Humans Rights as Politics and Idolatry*, ed. by A. Gutmann, Princeton University Press, Princeton, 2001; tr. it. *Una ragionevole apologia dei diritti umani*, a cura di S. D'Alessandro, Feltrinelli, Milano, 2003, p. 55.

Tutto ciò solleva dei quesiti dirimenti sulla *natura* dei diritti umani e sulla loro *fondazione* che sono da ripercorrere – pur limitatamente – al fine di chiarire, ed eventualmente circoscrivere, l'esigibilità di detti diritti in contesti privati (come le comunità familiari tribali beninesi) e pubblici (lo Stato beninese) afferenti a culture molto dissimili rispetto a quella occidentale in cui le prime Carte sui diritti hanno visto la luce.

Anzitutto va ribadito che i diritti umani sono *universali, uguali ed innati* nel senso che «spettano all'uomo nella misura in cui è uomo senza nessuna ulteriore qualifica, ovvero ad *ogni* uomo senza riferimento al: sesso, colore della pelle, razza e condizione; mentre, in secondo luogo, essi non possono venir sospesi arbitrariamente e sono inalienabili. Li si possiede perché si è un essere umano e finché si è un essere umano»¹¹.

Dunque tali diritti, pur essendo attuabili solo all'interno del contesto di un certo ordinamento giuridico, non spettano agli uomini in quanto titolari di una certa nazionalità, non derivano dalla cittadinanza o dall'appartenenza ad uno Stato, ma vanno considerati prerogative valide per tutti: sono per questo detti anche «diritti senza Stato»¹², la cui «funzione è infatti quella di dare veste giuridica ai doveri “naturali” della coscienza umana in tutte le circostanze nelle quali gli obblighi civili e politici si dimostrino incapaci di prevenire o di sanzionare (almeno) le violazioni più macroscopiche alla vita, ai beni e ai diritti delle persone»¹³.

Essi, dunque, restano separati dagli ordinamenti positivi, ma si può dire forse che ciò ne rende lo *ius* meno proprio, ne vuota il contenuto giuridico precipuo per lasciare solo la veste formale? O probabilmente bisogna considerarli come dei generici e magnanimi principi morali *ab-soluti*, disgiunti dal legame con il contesto storico-situazionale? Sono essi, allora, solo di natura morale¹⁴ o giuridica¹⁵ o, come sosteneva Habermas, sono diritti giuridici con contenuto morale¹⁶?

¹¹ M. Kaufmann, *Diritti umani*, Guida, Napoli, 2009, p. 52.

¹² F. Riccobono, *I diritti senza Stato*, in Id., *I diritti e lo Stato*, Giappichelli, Torino, 2004, pp. 11-24.

¹³ E. Greblo, *Capacità e diritti umani*, in «Etica & Politica», XV (2013) 1, pp. 563-582, ivi, p. 564.

¹⁴ Questa è la posizione, ad esempio, di S. Maffettone: «diritti umani sono essenzialmente diritti morali, nel senso che possono essere giudicati requisiti etici universali e necessari al tempo stesso come pregiuridici o meglio metagiuridici. Ciò si vede con evidenza riguardo alla titolarità dei diritti umani, che è attribuita di solito alla totalità degli esseri umani indipendentemente dai requisiti legali e politici che caratterizzano l'appartenenza ad uno stato quali la capacità giuridica o la cittadinanza» S. Maffettone, *Etica pubblica. La moralità delle istituzioni nel terzo millennio*, Il Saggiatore, Milano, 2001, p. 306.

¹⁵ Questa è la posizione di J. Bentham: «I diritti sono il frutto della legge e solo della legge. Senza legge non ci sono diritti, così come non ci sono diritti contrari alla legge o anteriori alla legge (...). Non ci sono altri diritti che quelli sanciti dalla legge; i diritti naturali non esistono, così come non esistono diritti umani anteriori o superiori a quelli creati dalle leggi» J. Bentham, *Pennomial Fragments*, in J. Bowring- W. Tait (a cura di), *The Works of Jeremy Bentham*, Edinburgh, 1843-1859, vol. III, p. 221.

¹⁶ J. Habermas, *Die Enbeziehung des Anderen. Studien zur politischen Theorie*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1996, tr. it. *L'inclusione dell'altro. Studi di teoria politica*, a cura di L. Ceppa, Feltrinelli, Milano, 2013²: «I diritti dell'uomo hanno il volto ancipite di Giano, simultaneamente rivolto alla morale e al diritto. A

Tali quesiti si fanno avanti dal momento che i diritti umani, a differenza di quelli positivi, fanno appello ad una legge non scritta che rimanda a un'idea di giustizia più ampia:

«l'appello a dei diritti tanto fondamentali da essere imprescrittibili, e che hanno priorità rispetto a leggi emanate dal potere e al diritto "positivo", attraversa la storia dell'*ethos* e della cultura occidentale in maniera più o meno esplicita almeno dall'*Antigone* di Sofocle (V sec. a. C.). Contro Creonte, Antigone si appella, per legittimare la sua disobbedienza all'empio comando del re di lasciare insepolto il corpo del fratello, alla sacertà della legge non scritta. Fa valere il rimando ad una giustizia più ampia di quella che le leggi positive nella loro storicità possono garantire»¹⁷.

Quest'idea di giustizia, cui fanno riferimento i diritti umani, precedente rispetto alla legislazione positiva, secondo la tradizione giusnaturalistica implica il riconoscimento di una *legge naturale* metastorica, separata e atemporale, garante dell'oggettività ed universalità dei diritti che si correda con un'interpretazione ontologica dell'uomo; per altro verso, secondo la tradizione storicista, di cui illustre esponente è il *maestro dello storicismo critico e problematico* Pietro Piovani, quell'idea va intesa come inesauribile bisogno umano di giustizia, istanza originaria dell'uomo, considerato un individuo *storico*, che non si identifica con il diritto naturale, ma è «sentimento del diritto naturale» che opera dall'interno delle legislazioni come forza genealogica del diritto per determinare sempre nuove codificazioni e trasformazioni del diritto positivo¹⁸.

Di tal che si inferisce che la *giustificazione* dei diritti umani, ovvero l'individuazione della fonte dei diritti, in un caso è intesa come assoluta e già data, nell'altro caso è, invece, ricondotta allo sviluppo storico ed intratemporale delle libertà. Ad esempio è noto che la tradizione filosofica giuspositivista neghi la possibilità di una fondazione filosofica assoluta dei diritti umani, rimarcandone la natura storico-situazionale¹⁹: per un pensatore come

prescindere dal loro contenuto morale essi hanno la forma di diritti giuridici. Per un verso, non diversamente dalle norme morali, essi si riferiscono a tutto ciò che ha "volto umano"; per l'altro, essendo norme giuridiche, essi tutelano le singole persone solo nella misura in cui appartengono a una determinata comunità giuridica (di solito i cittadini dello stato-nazione). Nasce così una tensione caratteristica tra il senso universale dei diritti umani e le condizioni locali della loro realizzazione» Ivi, p. 221.

¹⁷ E. D'Antuono, *Bioetica*, cit., p. 39. Si tenga presente tutta la sezione *Bioetica e diritti*, pp. 39-50.

¹⁸ Cfr. P. Piovani, *Giusnaturalismo ed etica moderna*, Morano, Napoli, 1961, p. 11 (si veda tutto il primo capitolo *Teoria del giusnaturalismo e sentimento del diritto naturale*, pp. 8-15). Si tengano presenti anche le riflessioni presenti in Id., *Normatività e società*, Jovene, Napoli, 1949, ora in Id., *Per una filosofia della morale*, a cura di F. Tessitore, intr. a cura di G. Cacciato, cit., pp. 47-288, e in Id., *Linee di una filosofia del diritto*, cit.

¹⁹ Per fare solo un esempio N. Bobbio individua quattro difficoltà che si interpongono per la ricerca di un fondamento assoluto dei diritti umani: anzitutto per lui non è possibile dare una definizione esaustiva del concetto di diritti umani, dal momento che la maggior parte delle definizioni sono a suo avviso tautologiche, «diritti dell'uomo sono quelli che spettano all'uomo in quanto uomo»; in secondo luogo essi non sono contenutistici, ma ineriscono una prerogativa dell'umano, «diritti dell'uomo sono quelli che appartengono, o dovrebbero appartenere, a tutti gli uomini, e di cui ogni uomo non può essere spogliato»; del resto attribuirne un contenuto implicherebbe in qualche modo soggettivarli: «quando si aggiunge qualche riferimento al contenuto, non si può fare a meno di introdurre termini di valore, e qui nasce una nuova difficoltà dovuta al fatto che i termini di valore sono interpretabili diversamente secondo l'ideologia dell'interprete». Questa difficoltà si palesa dal momento che i diritti seguono un'evoluzione storica, tant'è che alcuni diritti considerati assoluti in un

Norberto Bobbio è un'«illusione» pensare di rintracciare il «fondamento assoluto» dei diritti²⁰ il che, a suo avviso, proverebbe che «non vi sono diritti per loro natura fondamentali. E quello che sembra fondamentale in un'epoca storica e in una determinata civiltà, non è fondamentale in altre epoche e in altre culture»²¹. Da ciò segue che per Bobbio bisogna accantonare l'obiettivo di giustificare i diritti, sostituendolo con quello di proteggerli che è problema «politico» e non filosofico²².

Specularmente sostiene, invece, una fondazione dei diritti umani secondo una prospettiva metafisica la bioetica cattolica: a suo avviso rinunciare alla giustificazione dei diritti rivelerebbe un'insostenibile fragilità del rimando ai diritti aperte a pericolose derive relativistiche per ciò che concerne la morale e positivistiche in ambito giuridico²³. Tuttavia all'interno della prospettiva cattolica si diversificano posizioni discordanti: ad esempio l'illustre filosofo cattolico Jacques Maritain, teorico del diritto naturale, impegnato nel sostenere il progetto della *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* è consapevole che per giungere alla ratifica di un simile documento che prevede l'accordo di prospettive molto dissimili sia indispensabile «omettere il piano fondativo, filosofico, per realizzare convergenze effettuali»²⁴.

Altri, invece, proprio per questi dubbi relativi alla giustificazione dei diritti tendono a disgiungere *diritti umani* e *diritti fondamentali*: i primi astratti e, dunque, universali il cui «accento deontologico, e dunque kantiano, di principio, categorico, puro dei diritti umani è indice della loro forza “morale”»²⁵, i secondi, invece, presenterebbero una definizione

determinato periodo adesso incontrano limitazioni (come ad es. il diritto di proprietà) o viceversa ora vengono rivendicati diritti prima non presi in considerazione. N. Bobbio, *L'età dei diritti*, Einaudi, Torino, 1990, p. 8. La terza difficoltà per Bobbio è che il numero dei diritti umani valido in maniera assoluta è sempre molto ridotto al punto che sovente i singoli si trovano a dover scegliere tra uno o un altro, egli scrive infatti che: «diritti assoggettabili a restrizioni, non possono avere un fondamento assoluto, che non permetterebbe di dare una valida giustificazione alla restrizione». Ivi, p. 12. Infine, l'autore contesta la possibilità di una fondazione assoluta dei diritti umani dal momento che può verificarsi un'antinomia tra i diritti richiesti da un medesimo soggetto, ad es. tra il diritto alla libertà e gli obblighi da rispettare: «due diritti fondamentali ma antinomici non possono avere, gli uni e gli altri, un fondamento assoluto, un fondamento cioè che renda un diritto e il suo opposto, entrambi, inconfutabili e irresistibili». Ivi, p. 13.

²⁰ Ivi, p. 6.

²¹ Ivi, pp. 9-10.

²² Ivi, p. 17.

²³ Cfr. E. Sgreccia- M. Casini, *Diritti umani e bioetica*, in «Medicina e Morale», (1999) 1, pp. 17-46.

²⁴ E. D'Antuono, *Bioetica*, cit., p. 41. L'autrice cita Maritain il quale sottolinea che: «Sarebbe del tutto vano cercare una comune giustificazione razionale (...). Se ci si impegnasse in questa via si rischierebbe sia di voler imporre un dogmatismo arbitrario, sia di vedersi immediatamente fermati da divisioni irrimediabili. Se sembra altamente desiderabile formulare una Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, che sarebbe come la prefazione di una Carta modale del mondo civile, sembra chiaro che per quanto concerne una tale Dichiarazione un accordo pratico è possibile, un accordo teorico è impossibile tra gli spiriti» J. Maritain, *Sur la philosophie des droits de l'homme*, in *Oeuvres complete*, Editions Universitaires, Fribourg-Paris, 1990, 15 voll., vol. IX, p. 1082 citato in E. D'Antuono, *Bioetica*, cit., pp. 41-42.

²⁵ G. Palombella, *La tutela dei diritti, le discriminazioni, l'uguaglianza. Dai diritti umani ai diritti fondamentali*, in «Ragion Pratica», XXIII (dicembre 2004) 2, pp. 381-409, ivi, p. 381.

«plausibilmente aperta e relativa», riferibile «“all'uomo” oppure ad altro: ad ambiti, casi, circostanze, oppure società, ordinamenti giuridici o morali; è dunque rispetto a questi che di un insieme di diritti si può dire che siano fondamentali»²⁶. Questi ultimi, a differenza dei primi, «hanno bisogno di concretezza» e «non si esprimono in termini deontologici, ma etici, istituzionali, politici, teleologici»²⁷: «la capacità di essere effettivi dei diritti “fondamentali” è dunque una qualità che appartiene loro per definizione: ma non dipende solo dall'esistenza di rimedi giudiziali, bensì più profondamente dalla possibilità che essi svolgano una funzione di meta-norme fondamentali di tipo “sostantivo” (ossia non meramente “procedurale”)»²⁸.

È manifesto che le posizioni relative alla definizione dei diritti umani sono molteplici ed assai diversificate: non solo, infatti, non è chiaro il loro *status*, ma neanche la loro estensione. Se li si considera come afferenti ad una dimensione nazionale si configureranno come richieste dei singoli nei confronti dello stato, tutelate dall'ordinamento giuridico: all'interno della tradizione politica occidentale simile protezione dell'individuo e delle sue libertà inviolabili viene fatta risalire alla *Magna Charta* del 1215 che sancisce la tutela del soggetto dall'arresto arbitrario, in seguito alla *Virginia Bill of Rights* del 1776, prima costituzione autonoma redatta sul suolo americano.

Se, invece, si prende in considerazione una connotazione sovranazionale il concetto dei diritti umani, pur presente nelle teorie cosmopolitiche seicentesche, prende forma compiuta nella *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* francese del 16 agosto 1789, prima manifesta dichiarazione dei diritti umani nazionale con aspirazioni di validità universale e nella prima dichiarazione realmente internazionale, perché patrocinata dalla Società delle Nazioni, la *Convezione contro la schiavitù* del 1926, in cui viene messo al bando uno dei più efferati crimini contro l'umanità consumato nella storia, la riduzione in schiavitù dell'uomo da parte del suo simile. Progressivamente l'esigenza dei diritti aumenta fino a

²⁶ Id., *L'autorità dei diritti. I diritti fondamentali tra istituzioni e norme*, Laterza, Roma-Bari, 2002, p. 12.

²⁷ Id., *La tutela dei diritti, le discriminazioni, l'uguaglianza*, cit., p. 384.

²⁸ Ivi, pp. 393-394, dove l'autore spiega chiaramente il suo punto di vista: «ho proposto che per diritti fondamentali si intendono quei criteri selettivi di tipo sostanziale che, assieme ad altri, rendono possibile il giudizio di validità o appartenenza ad un ordinamento giuridico: consentono di riconoscere la validità (appartenenza, legittimità, compatibilità) di comportamenti istituzionali e di norme di un determinato sistema giuridico-politico. Se alcuni “diritti” individuali, come la vita, la libertà di pensiero, l'uguaglianza di fronte alla legge, il diritto alla ricerca personale della felicità, sono *effettivi* in un ordinamento, ciò significa che essi vengono usati ogni qual volta è necessario anche per invalidare o rigettare o prevenire norme giuridiche di qualsiasi livello, capaci di violare nella sostanza quei diritti. (...) se tali diritti sono fondamentali, essi proteggono beni individuali ritenuti “fondamentali”; e infine la conseguenza ulteriore che se sono beni ritenuti fondamentali, allora essi sono tutelati, promossi e perseguiti con i mezzi disponibili come obiettivi principali non solo delle corti ma di tutte le istituzioni, comprese le istituzioni strettamente “politiche”. Il loro carattere *fondamentale* per un sistema istituzionale è descrittivamente riconoscibile dalla funzione che ad essi è attribuita e dalle “attenzioni” che ad essi sono rivolte. La nozione di “fondamentale” ha un senso utile solo se non coincide con la nozione di diritti “umani” (...). “Fondamentale” riguarda dunque un sistema, implica appartenenza e rilevanza».

quando, in reazione ai crimini e alle catastrofi umanitarie del primo e, soprattutto, del secondo conflitto mondiale, in risposta all'esperienza della *disumanizzazione assoluta* dei "tempi bui"²⁹, la comunità internazionale redasse la *Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo* del 10 dicembre 1948, in cui venne sancito che ogni essere umano dovesse godere di diritti inviolabili che proteggessero la propria persona, per il semplice fatto di essere tale³⁰.

La Dichiarazione viene definita da Giuseppe Capograssi: «il più potente atto di riflessione che le Nazioni Unite hanno portato sulle esperienze storiche delle società contemporanee; il profondo giudizio che dalle più sofferte prassi dei popoli le Nazioni stesse hanno desunto»³¹, descrizione, questa, che dimostra come il discorso sui diritti umani che è alla base di ogni ragionamento sulla persona, sulla democrazia e sul liberalismo, risente del periodo storico che l'ha prodotto e certo anche della cultura occidentale che lo ha originato e che ha determinato la genesi di molte altre Convenzioni in tema di diritti umani le quali, pur non determinando certo la scomparsa di violazioni dei diritti fondamentali, rappresentano la difesa di quei diritti³².

Eppure, nonostante l'apparente consenso condiviso che circonda la Dichiarazione universale del 1948, come le successive Convenzioni e Protocolli stipulati sotto l'egida delle Nazioni Unite che hanno conferito una sorta di statuto ufficiale ai diritti umani, anche se manca ancora una piena istituzionalizzazione ed attuazione concreta, è manifesto che il tema dei diritti umani continui a essere terreno di scontro fra convinzioni divergenti.

È noto, infatti, che in alcuni contesti culturali i diritti umani sono stati rapidamente approvati, in altri sono stati respinti e considerati come una seria minaccia alla conservazione della specificità della propria identità e tradizione culturale, o considerati come strumento politico di dominio del mondo occidentale³³:

²⁹ Il riferimento è a H. Arendt, *On Humanity in Dark Times. Thoughts about Lessing*, Harcourt Brace, New York, 1968; tr. it. *L'umanità in tempi bui. Riflessioni su Lessing*, a cura di L. Boella, Raffaello Cortina, Milano, 2006.

³⁰ Cfr. D. Archibugi- D. Beetham, *Diritti umani e democrazia cosmopolitica. Con un'appendice delle dichiarazioni storiche*, Feltrinelli, Milano, 1998.

³¹ G. Capograssi, *La Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, in *Opere*, VII voll., Giuffrè, Milano, 1959, vol. V, p. 41. Citato in E. D'Antuono, *Bioetica*, cit., p. 42.

³² Oltre alla *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* (cit.), si ricordi la *Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali* del 1950, entrata in vigore nel 1953: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ITA.pdf. Ad essa hanno fatto il *Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici* adottato nel 1966 dall'Onu ed entrato in vigore nel 1976 che all'art. 26 evidenzia il diritto delle minoranze etniche religiose o linguistiche ad avere una vita culturale propria, di praticare e professare la propria religione o di usare la propria lingua (cit.); e il *Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali*, anch'esso adottato nel 1966 dall'Onu ed entrato in vigore nel 1976 che ribadisce e rimarca negli articoli 13 e 15 i diritti d'istruzione e partecipazione alla vita culturale (cit.).

³³ Questa è, ad esempio, la posizione dei movimenti fondamentalisti come quello islamico che intende i diritti umani come strumento di corruzione del mondo islamico da parte di quello occidentale: cfr. su ciò R. Guolo, *L'Islam è compatibile con la democrazia?*, Laterza, Roma-Bari, 2004.

«le critiche rivolte ai diritti umani (...) sono all'incirca di questo tenore: in primo luogo i diritti umani risulterebbero storicamente contingenti e dunque non validi universalmente e, in secondo luogo, in quanto prodotto dell'ansia borghese per la proprietà e i privilegi, sarebbero espressione di un pensiero individualistico ed egoistico e perciò inconciliabili con i tradizionali valori comunitari»³⁴.

È un luogo comune alquanto diffuso a tutt'oggi quello che intravede una contrapposizione concettuale tra diritti umani e democrazia o tra quelli e bene comune e si adduce ancora che essi abbiano lo scopo di tutelare privilegi e proprietà di un certo gruppo dominante, mentre, a ben vedere, non superano la soglia della *necessità* di vita o, meglio, come vedremo, delle *capacità*.

Accusati di essere null'altro che uno strumento ideologico dell'Occidente per imporre il proprio dominio, i diritti umani sono il fulcro della lotta tra universalismo giuridico e particolarismo culturale: difatti mentre alcuni ritengono che essi siano la base dell'uguaglianza di Paesi, popoli ed individui, altri sostengono piuttosto la loro incompatibilità con il pluralismo culturale dal momento che le culture *altre* rispetto a quella occidentale mai potranno assumere – se non per gesto forzoso e impositivo – le strutture giuridiche e morali di quella. Evidentemente ciò, invece di creare i presupposti per una visione unificata dei diritti umani – che rappresenta il passaggio dal diritto internazionale come diritto degli Stati in diritto cosmopolitico come diritto degli individui –, alimenta per contro uno «scontro di civiltà»³⁵.

Difatti le critiche prevalenti mosse ai diritti umani sono sia relative alla loro *struttura* (1) che alla loro *funzione* (2):

1. La dottrina dei diritti umani rispecchia la concezione individualistica del diritto sorta e sviluppata solo in un determinato contesto spazio-temporale, quello occidentale. Ciò metterebbe *in discussione la sua validità interculturale*: la diversità delle tradizioni normative, degli ordinamenti giuridici mondiali, delle specificità nazionali e regionali prevedono forme di regolazione sociale diverse dal diritto, come la religione o i rituali, o producono paradigmi normativi allogenici e

³⁴ M. Kaufmann, *Diritti umani*, cit., p. 7. La seconda critica mossa ai diritti umani è, ad esempio quella di Marx il quale identifica il diritto alla libertà con il diritto umano alla proprietà privata ed interpreta i diritti umani come una forma di individualismo che è alla base della società borghese. Cfr. il paragrafo dal titolo *XIX secolo: questione sociale e critica marxiana dei diritti umani*, ivi, pp. 42-45 e di Marx si veda K. Marx, *Sulla questione ebraica*, in Id., *La questione ebraica e altri scritti giovanili*, tr. it. a cura di R. Panzieri, Ed. Riuniti, Roma, 1974³, pp. 45-88.

³⁵ Il riferimento è al testo di S.P. Huntington, *The Clash of Civilizations?*, in «Foreign Affairs», 72 (1993) 3, pp. 22-49 poi ampliato in Id., *The Clash of Civilization and the Remaking of World Order*, Simon & Shuster, New York, 1996; tr. it. *Lo scontro delle civiltà e il nuovo ordine mondiale*, Garzanti, Milano, 1997. Come è noto, secondo Huntington, il mondo post-comunista dovrebbe essere concepito come articolato in un insieme fisso di «civiltà», i cui membri condividono un sistema definito di valori in cui si identificano e che permette di distinguerli chiaramente dalle altre civiltà.

contestuali che sembrerebbero ostacolare una uniforme inclusione nel diritto cosmopolitico.

2. I diritti umani, promuovendo il riconoscimento di un'inviolabilità morale dell'individuo, indipendentemente dal riconoscimento giuridico-positivo, si renderebbero per questo diritti "di seconda classe" assimilabili a *pretese morali non garantibili* attraverso la forma giuridica, inapplicabili dagli organi giudiziari con procedure definite e, dunque, inesigibili sul piano dell'effettività.

Tali presunte incertezze sulla natura non interculturale e la funzione solo morale e non giuridificabile dei diritti umani sono tuttavia pericolose, giacché effettivamente potrebbero dare la stura all'impropria legittimazione di forme coercitive di intervento. In una società globale in cui ancora molto forti sono le disparità di potere e ricchezza sul piano internazionale, addurre che i diritti umani abbiano una forte connotazione occidentale potrebbe avallare un'effettiva imposizione del punto di vista del "primo mondo" o determinare – come pure è accaduto – opposizioni e conflitti tutti ideologici molto violenti. Per altro verso, insistere sull'ufficio morale dei diritti umani potrebbe dissuadere l'impegno degli organismi giudiziari internazionali a offrirne una garanzia giuridica solida, aprendo alla incresciosa eventualità – che in alcuni casi, come cosiddette "le guerre umanitarie", si è verificata – di demandare l'applicazione del diritto a forze militari, tra l'altro orientate, per le ragioni di cui sopra, dalle nazioni più influenti.

Da ciò seguirebbe, secondo alcuni, la necessità di ribadire la «natura prioritaria» dei diritti umani intendendoli come *doveri*³⁶, ma forse che spostando l'asse sull'obbligatorietà, resterebbe da definire *chi* è chiamato a stabilire *quali* doveri siano da rispettare e *con quali*

³⁶ G.M. Chiodi, *Precedenza dei doveri sui diritti umani, che per altro è meglio definire diritti fondamentali*, in Aa. Vv., *I diritti umani. Un'immagine epocale*, a cura di G.M. Chiodi, in *Simboliche della Temporalità II*, Guida, Napoli, 2000, pp. 7-23, ivi, p. 7. Spiega Chiodi che: «è pur vero che analogo problema si pone a partire dalla priorità dei doveri. Su che cosa si fondano i doveri? La ricerca di fondamenti ci porta sempre alla metafisica e alla scelta ideologica. Tuttavia non si deve sottovalutare la considerazione, per la quale il dovere chiama in causa direttamente il soggetto che deve rispettarlo, e quindi attuarne i contenuti, mentre i diritti lo richiamano soltanto indirettamente. Non si deve trascurare, inoltre, che l'affermazione della priorità del dovere corrobora per sua natura il principio della responsabilità, senza il quale anche ogni teoria dei diritti è vanificata. Non solo, ma l'affermazione prioritaria dei diritti può creare aree di diritti solo dichiarate o enunciate, ma in realtà non tutelate; il dovere, invece, chiamando in causa direttamente il soggetto responsabile si estende sull'oggetto di tutela in maniera di fatto più adeguata e più corrispondente a essa, quindi con maggiori possibilità di contenimento, nei suoi riguardi, sia delle eccedenze sia delle carenze di istanze» Ivi, p. 17. In proposito si tenga conto anche del saggio di S. Achella, *Diritti umani: una questione doverosa*, in Aa. Vv., *Filosofia interculturale. Identità, riconoscimento, diritti umani*, a cura di R. Diana e S. Achella, Mimesis, Milano-Udine, 2011, pp. 205-220. In questo scritto l'autrice chiarisce che: «rispetto allo slittamento che negli ultimi due secoli si è compiuti proponendo la centralità e il primato dei diritti sui doveri, rimettere al centro i doveri significa uscire dalla retorica dei discorsi, appellandosi al vincolo di rispettare l'autonomia e l'integrità della vita di ognuno. Questo non vuol dire negare l'importanza dei diritti umani, ma ribadire la necessità, per il loro conseguimento, di un più forte appello alle *Human Responsibilities*». Ivi, p. 212.

mezzi se ne possa garantire la tutela, il che desterebbe le medesime criticità di cui sopra relative alla natura dei doveri e alla loro funzione³⁷?

Quel che fa problema è la separazione tra *sfera pubblica* e *sfera privata*, tra dimensione etico-politica e dimensione deontologica, rapporto giuridico oggettivo e soggettività morale, doveri e diritti, ove inclinare per l'uno o per l'altro determina scenari completamente speculari.

Pertanto, attesa la moltitudine di questioni tutte ancora in attesa di risposta, parrebbe opportuno riconsiderare alcune delle criticità tipiche del discorso sui diritti umani al fine di individuare una posizione che, calata nel contesto della realtà beninese, possa consentire di circoscrivere la questione del rapporto tra rispetto delle tradizioni culturali di cura e garanzia dei diritti umani fondamentali, oggetto del presente studio.

2. Diritti umani, dignità e democrazia

Il dato incontrovertibile della discontinuità dei diritti umani, riconosciuti ufficialmente solo in alcuni Paesi o, seppur affermati, raramente garantiti, ci conduce a recuperare una delle questioni più dirimenti e complesse relative al discorso sui diritti umani: la possibilità di fondare la loro pretesa di *validità universale*.

Come è noto si usa distinguere tra:

- *prima generazione di diritti*, dati dalla «congiunzione fra diritti di protezione e diritti di partecipazione»³⁸ al processo decisionale di uno Stato, ovvero i diritti civili e quelli politici della persona (come il diritto alla vita, alla libertà, alla dignità);
- *seconda generazione di diritti*, cioè i diritti sociali ed economici, la cui realizzabilità dipende dai mezzi a disposizione (ad es. il diritto alla salute, alla casa, al lavoro, all'istruzione);
- *terza generazione di diritti*, relativa al tema dello sviluppo o dei diritti umani (come la pace, la solidarietà, l'ambiente, l'identità culturale);

³⁷ A ciò Chiodi risponde come segue: «Autoinvestirsi di un dovere è un impegno che si assume verso gli altri, autoinvestirsi di un diritto è pura tracotanza, che comporta imposizione ad altri di doveri; infatti, imporre doveri ad altri – che è atto sempre di natura opportunistico-politica in base alla legge del più forte – è tracotanza che presupporrebbe arrogarsi dei diritti, mentre imporre diritti ad altri, prescindendo dalla precedenza del dovere, è piuttosto privo di senso o un atto forzato, quando non sia addirittura stravagante. Va da sé che affermando doveri ci si autolimita, agendo nel rispetto e non nell'imposizione ad altri che non sia se stessi: il beneficiario dei doveri è libero e gratificato, giacché non gli si impongono vincoli di sorta» Ivi, p. 22.

³⁸ M. Kaufmann, *Diritti umani*, cit., p. 55.

- *quarta generazione di diritti* relati perlopiù alle questioni bioetiche di recente acquisizione, in particolare alle ricadute delle tecnoscienze sulla vita individuale e collettiva.

Tali generazioni di diritti nella loro successione rinviano ad alcune trasformazioni della filosofia politica e dell'etica pubblica quali «a. un progressivo ampliamento della dimensione etica (dal sociale al planetario); b. un intreccio sempre più forte tra diritti e responsabilità; c. un mutamento dei soggetti titolari di diritti; d. un diverso riferimento istituzionale (dal piano nazionale al sovranazionale)». Difatti dalla Dichiarazione universale del 1948 il cui obiettivo era rafforzare la protezione dell'individuo e delle libertà fondamentali contro le ingerenze del potere politico, successivamente l'attenzione si volge alle capacità del potere politico di tutelare i diritti asseriti. Ciononostante con le prime due generazioni si resta ancora nell'ambito di un «contratto sociale tra individuo e stato e all'interno di un'etica intesa a salvaguardare i diritti individuali nei confronti delle pretese di altri individui e del potere politico»³⁹, mentre nella terza ci si avvia verso l'*universalizzazione*: il soggetto titolare di diritti non è più il singolo individuo, ma più generalmente l'uomo cui quei diritti sono *inherent* (l'art. 1 della Dichiarazione universale recita «tutti gli esseri umani nascono liberi in dignità e diritti»), e si fa appello non più allo stato nazionale, considerato inadeguato alle nuove sfide della contemporaneità, ma le istituzioni sovranazionali. È nel seno della quarta «rivoluzione», quella dovuta all'emersione di problematiche bioetiche dalla portata planetaria, che i diritti, sino a quel momento considerati come naturali e indiscutibili, sono messi in forse dalle sfide delle tecnologie contemporanee che coinvolgono tutti: «dai diritti umani si è passati al diritto comune dell'umanità intesa ormai come una *comunità di destino*»⁴⁰.

Come è evidente ad oggi si palesa l'urgenza di affermare un diritto allorché un *valore* si scopre in pericolo, il che riconferma non solo l'idea che i diritti umani abbiano a che fare con la storia e con le esigenze progressivamente emergenti a partire da essa, ma anche che essi particolarmente vengano incontro ai singoli da proteggere e valorizzare nelle proprie specificità contingenti.

Tale emergente storicità dei diritti, tuttavia, parrebbe dirsi pernicioso nella misura in potrebbe determinare la perdita della loro universalità, acuendone l'inapplicabilità fattuale già rilevata. A ben vedere, però, i diritti, ancor più quelli umani, conservano una duplicità gianica

³⁹ L. Battaglia, *Introduzione* a Aa. Vv., *Bioetica e diritti umani. Atti della I Conferenza Nazionale di Bioetica per la scuola*, a cura di M.A. La Torre, prefazione di G. Berlinguer, Luciano Editore, Napoli, 2004, pp. 49-61, ivi, p. 51.

⁴⁰ Ivi, p. 53 (c.vo mio).

nella misura in cui si orientano al singolo e alla sua storia e, ad un tempo, alla persona umana come tale, serbando una tensionalità tra particolare e universale mai conchiusa.

Viene così a cadere anche il timore opposto a quello anzidetto, ovvero che i diritti umani, strutturandosi prevalentemente secondo una dimensione teorica ed astratta, sarebbero costitutivamente incapaci di applicarsi alla vita circostanziale: tale idea sorge nel seno del pregiudizio secondo il quale, per essere tali, i diritti non possono prescindere da una loro organizzazione legislativa, univoca ed istituzionalizzata, il che, invero, porta con sé il limite di determinare una loro asfittica chiusura e acuire il rischio di relativismo nella misura in cui non si potrebbe disgiungere i diritti dagli ordinamenti contingenti. Di contro a ciò bisogna piuttosto riconoscere che «il diritto è un apparato simbolico che struttura una organizzazione sociale anche quando si sa che alcune sue norme sono destinate a rimanere inapplicate»⁴¹.

I diritti umani infatti «svolgono una preziosa funzione di norme-simbolo, o come si dice, di norme manifesto, finché non nasca l'occasione della loro applicazione»: per tale ragione essi possono essere posti alla base di una «possibile etica globale condivisa: che va condivisa tuttavia non solo nel livello applicativo, ma proprio nella ricerca di *simboli forti ed efficaci*, tali da poter costituire il fondamento di una “cittadinanza globale”»⁴².

Ciò in un qualche modo risponde al problema sopraposto relativo alla *funzione* dei diritti umani, i quali, pur relati al piano morale, non perdono la loro pregnanza ed anzi conservano un compito specialissimo: «quello di stabilire un'*auto-limitazione* del legislatore (e quindi del potere della maggioranza) a vantaggio dell'autoresponsabilità dei singoli e dei gruppi, ma attraverso un *atto normativo*, che mentre disegna lo spazio in cui la legge non ha libera discrezione di disporre, non lo lascia tuttavia vuoto di diritto, ma lo presidia e lo attrezza con strumenti di tutela delle libertà “riconosciute”»⁴³.

Per quanto concerne, invece, la questione relativa *struttura* dei diritti umani il loro indissolubile legame con i concetti di *dignità, libertà e democrazia* parrebbe avvalorare l'idea che si tratti di elementi afferenti precipuamente al contesto di senso occidentale. Invero va riconosciuto che il discorso sui diritti umani si caratterizza storicamente e teoricamente per due elementi: l'enfasi sui diritti *individuali* e la diffidenza nei confronti dei diritti *collettivi* il che, in effetti, alimenta il sospetto che essi siano difficilmente ricomprendibili in contesti di senso lontani rispetto a quello occidentale in cui quelli sono sorti, ovvero nei quadri ermeneutici in cui la comunità precede l'individuo o, più in generale, presso quei popoli e

⁴¹ S. Rodotà, *La vita e le regole*, Feltrinelli, Milano, 2006, p. 42.

⁴² P. Zatti, *Note sulla “semantica della dignità”*, in E. Furlan (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 95-109, ivi, pp. 96-97.

⁴³ Ivi, p. 97.

Paesi che hanno conosciuto una storia molto differente da quella che ha condotto alle odierne proclamazioni di assunti detti universali. Ed è proprio tale criticità che si usa porre in risposta alla palese difficoltà di tradurre quegli assunti teorici sul piano fattuale e situazionale, ma è manifesto che tale argomento disconosce che molti diritti umani restano inapplicati anche nei *western countries* che si appellano a norme valoriali differenti (si pensi agli Stati Uniti contrari agli accordi globali sulle politiche ambientali, all'istituzione di tribunali per i diritti umani o che prevedono ancora il ricorso alla pena di morte).

Invero proprio il legame tra i diritti umani, la dignità e la democrazia – quando intese in senso adeguato – invece di rimarcare il particolarismo occidentale dei diritti umani (enunciati nella storia delle dichiarazioni occidentali, ma non per questo a quella riducibili), rafforza la loro validità universale, giacché tesse una relazione tra la persona e gli organismi politici e giuridici non relativistica né oppositiva, ma responsabilizzante ed inclusiva.

I dubbi sorgono a partire dalla difficile definizione della *dignità*⁴⁴: concetto già presente nel pensiero filosofico antico⁴⁵, la dignità va ad inerire per un verso «la posizione speciale dell'uomo nel cosmo, per l'altro la posizione da lui ricoperta nella sfera pubblica. “Dignità” è connessa sia al fatto che l'uomo si differenzia dal resto della natura perché è l'unico *animal rationale*, sia al fatto che si differenzia da altri uomini per il ruolo attivo che egli svolge nella vita pubblica e che gli conferisce un particolare valore»⁴⁶. A partire da Pufendorf e poi con Kant quel che conferisce dignità all'uomo non è la sua natura ma l'idea di *libertà* morale, il suo essere capace di moralità, il suo appartenere al regno dei fini, dal che segue l'imperativo di trattare l'umanità «sempre come fine e mai semplicemente come mezzo»⁴⁷.

Dunque per un verso «la dignità appartiene a tutte le persone, sì che debbono essere considerate illegittime tutte le distinzioni che approdino a considerare alcune vite come non degne, o meno degne, d'essere vissute», il che denota la dignità come «fondamento concreto della nuova accezione della cittadinanza, intesa come patrimonio di diritti che appartengono alla persona quale che sia la sua condizione e il luogo in cui si trova. La negazione di questi

⁴⁴ Cfr. G. Resta, *La dignità*, in S. Rodotà – P. Zatti (a cura di), *Trattato di biodiritto*, vol. I: *Ambito e fonti del biodiritto*, Giuffrè, Milano, 2010, pp. 259-296.

⁴⁵ Come è noto Cicerone considerava l'uomo in una posizione privilegiata rispetto agli animali perché capace, in virtù del suo spirito, di sperimentare i piaceri sia corporali che spirituali e, grazie alla sua ragione, di comportarsi moralmente (cfr. Cicerone, *De Officiis*, tr. it. *Dei doveri*, a cura di D. Arfelli, Mondadori, Milano, 1984), ma anche in Seneca e, successivamente in Tommaso d'Aquino, che ascrive all'uomo la dignità in forza della sua razionalità, in Pico della Mirandola per il quale la dignità è la capacità dell'uomo di determinarsi, fino ad arrivare a Kant.

⁴⁶ P. Becchi, *Il dibattito sulla dignità umana tra etica e diritto*, in E. Furlan, *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 113-142, ivi, p. 115.

⁴⁷ I. Kant, *Grundlegung der Metaphysik der Sitten* (1975), trad. it. *Fondazione della metafisica dei costumi*, in *Scritti morali*, a cura di P. Chiodi, Unione tipografico-editrice torinese, Torino, 1970, p. 88.

diritti viola il principio di dignità». Per altro verso, sulla scorta dell'insegnamento kantiano la dignità rappresenta il principio che vieta di considerare la persona come mezzo, ossia di strumentalizzarla, in particolare rimarcando «l'irriducibilità alla sola dimensione del mercato (...) e il rispetto dell'autonomia della persona»⁴⁸.

È dunque manifesto che la dignità, pur sì intimamente relata ai diritti umani, non è un diritto, ma «un connotato, una qualità “inerente” o “intrinseca” alla persona umana, il cui “riconoscimento” implica ed esige l'eguaglianza tra tutti gli uomini attraverso una eguale dotazione di diritti fondamentali inalienabili». Si tratta di una sorta di «premessa etica» che, assieme ad altre, compone «la ratio fondamentale di un apparato normativo»; è «*fondamento*, ragione oggettiva del riconoscimento di diritti» in capite alla *persona*⁴⁹.

Pertanto si intende che la dignità, parola abusata nei discorsi politici, nei dibattiti giuridici e, ad un tempo, nelle riflessioni morali, resiste a determinazioni univoche, ma l'indeterminatezza del lemma non indebolisce il significato di *valore* della vita umana che si struttura nello spazio della *responsabilità* in cui il singolo riconosce l'altro e risponde di lui orientando in tal senso la propria esistenza e del *dovere* degli stati di garantirla attraverso la definizione delle condizioni del suo dispiegamento⁵⁰.

«La dignità si realizza attraverso un processo, al quale concorrono il potere di governo della persona interessata e il dovere che incombe su chi deve costruire le condizioni necessarie perché le decisioni di ogni persona possano essere prese in condizioni di responsabilità (...). Ci si allontana così tanto da un'idea di dignità come fondamento giusnaturalistico dal quale discendono tutti i diritti fondamentali, quanto da una individualizzazione della dignità che esonera le istituzioni e la società dal prenderla in considerazione. La pienezza della dignità diviene possibile quando esiste una serie di “prestazioni” sociali idonee in primo luogo a eliminare le condizioni di sfruttamento e di degrado e a recuperare quell'idea di solidarietà sulla quale già si è richiamata l'attenzione, in definitiva a soddisfare una serie di essenziali bisogni umani. La dignità non può consistere nella contemplazione stativa di un principio ma, proprio perché tale, è motore di un processo nel quale la persona vede riconosciuti nel concreto i propri diritti. In questo modo, però, sono pure ben definiti i rapporti tra persona e istituzioni politiche e sociali, i loro rispettivi territori»⁵¹.

Pertanto, nel tempo «la rilevanza assunta dalla dignità induce a proporle una lettura che la vede come sintesi di libertà e eguaglianza, rafforzate nel loro essere fondamento della democrazia»⁵².

⁴⁸ S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, cit., p. 192. Cfr. tutto il cap. VI *Homo dignus*, ivi, pp. 179-199.

⁴⁹ P. Zatti, *Note sulla “semantica della dignità”*, cit., pp. 98-99.

⁵⁰ Cfr. R. Bonito Oliva, *Lo spazio della dignità tra etica e diritto*, in «Iride», vol. XXVI (sett./dic. 2013), pp. 581-595.

⁵¹ S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, pp. 209-210. Cfr. tutto il cap. VII *Diventare indegni*, ivi, pp. 200-210.

⁵² Ivi, p. 185.

A ben vedere, infatti, anche il legame tra diritti e *democrazia* passa attraverso il tramite della *persona*: la democrazia è il luogo di rispetto e tutela giuridica della *persona*, di garanzia della *dignità* e dei *diritti umani*, oltre che forma politica dell'accoglienza, del riconoscimento dell'altro e dell'uguaglianza di tutti di fronte alla legge.

Difatti una società che si vuole democratica si avvale del concetto di dignità intendendolo come appartenente all'uomo per il fatto stesso di essere e lo applica in senso universalistico ed egualitario. La democrazia, pertanto, si struttura come politica dell'*uguale riconoscimento* che nel tempo ha assunto varie forme e che ora sempre più si presenta come richiesta di *uguaglianza delle culture*.

Invero è un dato di fatto che un elemento costante della politica contemporanea sia la *domanda di riconoscimento* da parte delle nazioni e dei popoli che si presenta come spinta autoaffermativa ed identitaria che non ceta tratti comuni con quella che ha animato nell'800 i movimenti politici nazionalistici, pur non essendo del tutto riconducibile ad essa.

Nel tempo del globale in cui il democratico *riconoscimento di uguaglianza* delle culture sempre più si fa *rivendicazione dell'identità* culturale, sembra che venga messa in discussione ancora una volta l'universalità dei diritti umani: accade infatti che al fine di affermare la propria specificità identitaria troppo spesso calpestata dalla prevaricazione dei più forti o da leggi "naturali", come quella del mercato o dello sviluppo scientifico, i singoli si appellino a valori altri e dichiarino di non riconoscersi nel catalogo dei diritti umani. Dal canto loro, poi, nelle dinamiche della distorta «democrazia autoritaria», animata dalla tirannide dell'economico, i diritti appaiono sempre più «come un lusso, che non ci si può permettere in tempi di crisi, di risorse scarse», in quell'«eterna politica dei "due tempi", che non conosce mai l'avvento del secondo»⁵³, il che non fa che favorire le chiusure autistiche delle culture con esiti drammaticamente relativistici e perpetuare la violazione dei diritti umani, confermando il sospetto di una loro ingannevole debolezza.

Da ciò segue l'esigenza di un ripensamento: spogliare i diritti umani dalle strumentalizzazioni e perseguire quella che Rodotà definisce «globalizzazione attraverso i diritti, non attraverso i mercati» è possibile solo attraverso la «rivoluzione dell'uguaglianza» e la «rivoluzione della dignità» che «insieme hanno dato vita a una nuova antropologia, che mette al centro l'autodeterminazione delle persone, la costruzione delle identità individuali e collettive, i nuovi modi di intendere i legami sociali e le responsabilità pubbliche»⁵⁴.

⁵³ Ivi, p. 12.

⁵⁴ Ivi, p. 14.

Pertanto, al fine di valicare detti limiti «torna, forte, l'appello ai diritti fondamentali che percorre il mondo in forme inedite, incontra sempre più nuovi soggetti, costruisce un diverso modo d'intendere l'universalismo, fa parlare lo stesso linguaggio a persone lontane, e così fa scoprire appunto un mondo nuovo e appare come la vera, grande, drammatica narrazione comune del nostro presente. Il "diritto di avere diritti" connota la dimensione stessa dell'umano e della sua dignità, rimane saldo presidio contro ogni forma di totalitarismo»⁵⁵.

I diritti umani, infatti, non si appellano alla cultura occidentale universalmente imposta, ma

«fanno emergere una permanente tensione verso l'universalità e l'eguaglianza dei diritti, verso l'inclusione di ogni persona, che non può essere soddisfatta se non squarciando il velo dei grumi d'interesse e delle grettezze culturali, liberandosi pure dalla pesantezza di stratificazioni giuridiche che vorrebbero continuare a signoreggiare la realtà e che, invece, perdono legittimità se non si ha consapevolezza che ci muoviamo ormai in un contesto segnato dall'approdo costituzionale dell'insieme dei diritti riconducibili alla persona»⁵⁶.

Inoltre l'idea che i diritti umani rispondano ad una logica individualistica ed anticomunitaria è presto confutata nella misura in cui – proprio essi – non paiono configgere con la difesa del bene comune (ammesso che si tratti di un *bene*):

«Se i diritti umani (...), vengono intesi quali condizioni di legittimità, emerge un dubbio sul perché la tale del bene comune debba consistere in una lesione delle condizioni d'uguaglianza a beneficio delle possibilità di protezione e partecipazione. Prescindendo da poche situazioni del tutto eccezionali (...) non si vede alcuna ragione per ammettere che gli elementari diritti dell'uomo e del cittadino (quali: il diritto al necessario per la vita, il diritto alla libertà o anche quello alla partecipazione politica) si trovino in contraddizione con il bene comune. Al contrario le lesioni dei diritti umani costituiscono dei casi paradigmatici di lesioni del bene comune. Il bene di una comunità non può essere seriamente orientato a scapito dei diritti elementari dei suoi membri»⁵⁷.

Il valore universale dei diritti umani va così inteso come universale tensione non entificabile che muove dall'individualità di singoli e popoli come trascendimento verso l'altro da sé, apertura al nuovo, mai sopita, animata dalle diverse spinte particolari, ma non particolaristiche che, a partire da contesti di senso che si fanno diversi e non vogliono confondersi, tende ad un'armonia sempre da farsi. Impegno inesausto cui sono chiamati tutti. In tal senso i diritti umani sono anche doveri, giacché appellano i singoli all'obbligatorietà di farli valere, di trasporre quegli ideali nella storia attraverso un'oggettivazione che è azione morale e giuridica insieme.

⁵⁵ Ivi, p. 7.

⁵⁶ Ivi, p. 9.

⁵⁷ M. Kaufmann, *Diritti umani*, cit., pp. 84-85.

3. Il problema del riconoscimento e la difesa dell'identità culturale: il multiculturalismo

Nell'odierna contemporaneità i processi di globalizzazione, la proclamazione di diritti umani universali, la diffusione di nuove tecnologie, di politiche economiche condivise hanno determinato la coesistenza in uno "spazio comune" di culture e tradizioni differenti, quando non alternative tra loro. È un dato di fatto che la nozione di "civiltà globale" rischi di coprire o celare l'immensa varietà di culture, popoli, tradizioni religiose e storiche. Tuttavia è evidente che una civiltà che si vuole autenticamente globale non sarebbe degna del suo nome se non potesse o, peggio, non volesse rendere giustizia all'unicità delle differenti sfere di civiltà o, come pure è accaduto, se, in nome di una presunta modernità da diffondere universalmente, volesse disconoscere il diritto dei singoli di seguire le tradizioni loro proprie (che, rispetto al presente tema, vuol dire lasciare liberi i singoli popoli di seguire tradizioni di cura che hanno una storia e una "ragione" tutta propria).

Inevitabilmente, dunque, il discorso sul riconoscimento delle identità culturali e la tutela dei diritti umani si interseca con il fenomeno della globalizzazione che, producendo un avvicinamento di culture del *villaggio globale*, pone all'attenzione il seguente quesito: alla luce dell'evidente contraddizione in seno ai diritti umani – pressoché universalmente accolti, ma non applicati – bisognerebbe forse *metterne in discussione l'universalità*? Al giorno d'oggi «è come se si fosse diventati troppo vicini per poter guardare gli altri e troppo acculturati per poter prestare attenzione critica alla funzione strategica, ma non risolutiva degli ideali»⁵⁸. Il che induce a domandarsi se è forse più opportuno, alla luce delle *vicende disumane* che a tutt'oggi si perpetuano per il "popolo degli esclusi", abbandonare le retoriche universaliste e adeguarsi a *riconoscere* la legittimità di visioni tutte a loro modo "integraliste" spostando il discorso sulla loro coesistenza che potrà dirsi "pacifica" solo se garantita dalle armi o dall'*euristica della paura* alimentata dalla minaccia di catastrofi imminenti.

La tensione tra universalità dei diritti umani e pluralismo viene espressa per la prima volta⁵⁹ nel 1993 durante la Conferenza di Vienna delle Nazioni Unite⁶⁰ in cui, pur affermando

⁵⁸ R. Bonito Oliva, *Introduzione* a Id. (a cura di), *Identità in dialogo*, cit., pp. 9-19, ivi, p. 15.

⁵⁹ Si consideri tuttavia i primi dibattiti sul relativismo etico-culturale sono molto precedenti e risalgono alla critica degli antropologi all'arroganza culturale degli intellettuali europei; in particolare il relativismo culturale emerse in reazione alle prime teorie dell'evoluzionismo culturale, in virtù delle quali la cultura europea era considerata superiore alle altre, stadio ultimo di un progresso che le altre società umane dovevano ancora conoscere. Si pensi a F. Boas, *The Mind of Primitive Man*, Macmillan, New York, 1938; R. Benedict, *Patterns of culture*, Riverside Press, Cambridge, 1934; M.J. Herskovits, *Cultural Relativism: Perspectives in Cultural Pluralism*, Random House, New York, 1972.

⁶⁰ ONU, *Conferenza Mondiale sui diritti umani*, 14-25 giugno 1993:

<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx> (ultima visualizzazione aprile 2017).

l'universalità dei diritti umani, si sottolineava la necessità di tener presente l'importanza delle caratteristiche proprie delle singole nazioni e regioni, nonché le diverse storie e particolarità culturali e religiose⁶¹. Proprio in quel consesso, infatti, i rappresentanti degli Stati asiatici suscitarono non poco clamore a causa della loro risoluta contestazione dell'universalità dei diritti umani, in quanto addussero la loro inapplicabilità in un contesto come quello asiatico in cui, a loro avviso, era in vigore una differente concezione dei diritti umani. Si tratta della cosiddetta critica dei “*valori asiatici*”⁶² la quale ritiene che nelle società orientali – come, in effetti, anche in quelle africane – la comunità abbia il primato sui singoli, dal che ne seguirebbe l'imposizione forzata a contesti non adeguati dei diritti soggettivi tipici della cultura occidentale.

La questione, evidentemente, involveva la sovranità nazionale, ovvero la volontà di alcuni Stati di preservare la propria autonomia e di non conformarsi a criteri comuni. Difatti durante il periodo della guerra fredda il dibattito sui diritti umani ricalcò lo scontro tra Paesi comunisti e democrazie occidentali le quali imputavano ai primi numerose violazioni di diritti fondamentali dei cittadini, in particolare civili e politici, mentre i primi accusavano l'Occidente di aver violato diritti economici e sociali. Tale contrapposizione si concluse solo con il crollo del mondo sovietico, mentre il dibattito si è spostato sulle sperequazioni economiche tra Primo e Terzo mondo e sulle differenze religiose tra i popoli (si pensi alla *Dichiarazione del Cairo sui diritti umani in Islam*⁶³).

⁶¹ Cfr. P. Alston – H. Steiner, *International Human Rights in Context*, Oxford University Press, New York, 2000; M. Freeman, *Human Rights. An Interdisciplinary Approach*, Polity Press, Cambridge, 2002.

⁶² Sul tema cfr. *Final Declaration of the Regional Meeting for Asia of the Conference on Human Rights*, Bangkok, Thailand, 1993; A. Chiricosta, *Filosofia interculturale e valori asiatici*, O barra O Edizioni, Milano, 2013; F. Tedesco, *I diritti umani alla prova del relativismo. La critica dei “valori asiatici”*, in Th. Casadei (a cura di), *Diritti umani e soggetti vulnerabili. Violazioni, trasformazioni, aporie*, Giappichelli, Torino, 2012, pp. 45-60. Sull'immagine falsa e fuorviante che la tradizione epistemologica occidentale ha creato nei confronti dell'Oriente, in termini di carattere, mentalità, spiritualità, etica, costume rimane ancora insuperata la nota ricerca di E.W. Said, *Orientalismo. L'immagine europea dell'Oriente* (1978), tr. it. di S. Galli, Feltrinelli, Milano, 2004.

⁶³ Organisation of Islamic Conference, *The Cairo Declaration on human Rights in Islam*, 1993: http://www.bahaistudies.net/neurelism/library/Cairo_Declaration_on_Human_Rights_in_Islam.pdf (ultima visualizzazione aprile 2017). La Dichiarazione pur non facendo riferimento ad alcuna universalità, «con la sua redazione in lingua araba, inglese e francese, fa emergere senza dubbio la sua pretesa universalistica, congiunta a una malcelata affermazione della superiorità della cultura islamica, frutto di un'armonica simbiosi di scienza e fede (“Gli Stati membri dell'Organizzazione della Conferenza Islamica, riaffermando il ruolo storico e civilizzatore dell'Ummah islamica attraverso la quale Dio realizzò la nazione migliore che ha dato all'umanità, una civiltà *universale* e ben equilibrata nella quale è stabilita un'armonia tra questa vita e l'aldilà e la conoscenza è unita alla fede (...))» Il legame tra religione e diritti è tanto evidente quanto preoccupante, difatti quella carta «nel suo preambolo afferma esplicitamente che “i diritti fondamentali e le libertà universali sono parti integrali della religione islamica”, estrinsecazione, potremmo dire, “dei comandamenti divini contenuti nei Libri rivelati di Dio o espressi attraverso l'ultimo dei Profeti, così che “la loro osservanza è atto di culto (*act of worship*) e la loro violazione abominevole peccato (*their neglect or violation an abominable sin*)”» A. Cesaro, *Immagini cronotopiche dei diritti umani*, in Aa. Vv., *I diritti umani. Un'immagine epocale*, cit., pp. 105-117, ivi, pp. 108-109. Attraverso un'analisi comparativa tra la Carta occidentale e quella islamica dei Diritti dell'Uomo l'autore ricorda come «l'Articolo 18 della Dichiarazione ONU garantisce la massima libertà religiosa – inclusa la possibilità di

Purtuttavia la contestazione all'universalismo dei diritti, in particolare all'universalismo astratto della *tradizione liberale*, è operata anzitutto dalle teorie del *multiculturalismo* che, pur presentando una serie di diversificazioni endogene, insistono sul riconoscimento delle identità plurime, ovvero della dignità, *diversità* e peculiarità di ciascuna, il che alimenta la cosiddetta *politica delle differenze*. Tale politica, invero, si struttura in manifesta opposizione ai principi del *liberalismo* il quale, piuttosto, rimarca l'esigenza di riconoscere l'uguaglianza delle varie culture rispetto ai diritti, ponendosi così alla base della *politica dell'uguale riconoscimento*:

1. La politica dell'*uguale riconoscimento* è una politica universalista che sottolinea l'uguale dignità di tutti i cittadini ed ha per contenuto l'equalizzazione dei diritti: il suo obiettivo principale è evitare che si creino cittadini di “prima” e di “seconda” classe dal punto di vista del godimento dei diritti. Il principio dell'uguale rispetto impone di trattare gli esseri umani in modo *in-differente*, il che si fonda sull'idea che vi sono caratteristiche innate che devono essere riconosciute a tutti gli esseri umani, senza discriminazione. Secondo tale interpretazione *liberale* – che va dal liberalismo classico di Locke a quello moderno ad esempio di J. Rawls⁶⁴, R. Nozick⁶⁵, R. Dworkin⁶⁶ – la politica dovrebbe fondarsi sull'universalismo delle

professare l'ateismo – (“Ogni individuo ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione; tale diritto include la libertà di cambiare religione o fede, e la libertà di manifestare, isolatamente o in comune, in pubblico e in privato, la propria religione o il proprio credo nell'insegnamento, nelle pratiche, nel culto e nell'osservanza dei diritti”), la Dichiarazione dei Diritti Umani in Islam, invece, all'Articolo 10, appare molto più restia ad accogliere un tale principio (“L'Islam è la religione della natura incorrotta. È proibito esercitare ogni forma di costrizione sull'uomo, sfruttare la sua povertà o ignoranza allo scopo di convertirlo ad un'altra religione o all'ateismo”)» Ivi, pp. 109-110. Si tenga presente che autori hanno rivendicato una fondazione *islamica* dei diritti umani: A. A'La Mawdudi, *Human Rights in Islam* (1976), The Islamic Foundation, Leicester, 1993²; A.E. Mayer, *Islam and Human Rights*, Westview Press, Boulder, 1999; D. Anselmo, *Shari'a e diritti umani*, Giappichelli, Torino, 2007.

⁶⁴ Rawls concepisce l'uguaglianza democratica, a differenza della mera parità di opportunità liberale, in base al fatto che in essa si dovrebbero cercare di appianare il più possibile gli svantaggi causati dai condizionamenti naturali o sociali. J. Rawls, *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge, 1971; tr. it. *Una teoria della giustizia*, a cura di U. Santin, Feltrinelli, Milano, 1982; Id., *Justice as Fairness: Political Not Metaphysical*, in «Philosophy & Public Affairs», 14 (1985), pp. 223-251; tr. it. *Giustizia come equità. Una riformulazione*, trad. di G. Rigamonti, a cura di S. Veca, Feltrinelli, Milano, 2002; Id., *The Laws of People*, in «Critical inquiry», (1993), n. 20, poi Cambridge, Massachusetts, 2001; tr. it. *Il diritto dei popoli*, a cura di S. Maffettone, Comunità, Torino, 2001.

⁶⁵ R. Nozick, *Anarchy, State and Utopia*, Basic Book, New York, 1974; tr. it. *Anarchia, stato, utopia*, a cura di G. Ferranti, Il Saggiatore, Milano, 2008.

⁶⁶ D. Dworkin, *Taking Rights Seriously*, Duckworth, London, 1977; tr. it. (parziale) F. Oriana, *I diritti presi sul serio* a cura di G. Rebuffa, il Mulino, Bologna, 1982; Id., *A Matter of Principle*, Harvard University Press, Cambridge, 1985; tr. it. *Questioni di Principio*, Il Saggiatore, Milano, 1990; Id., *Liberalism*, in S. Hampshire (a cura di), *Public and Private Morality*, Cambridge University press, Cambridge, 1978; Id., *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press, Cambridge-London, 2000, tr. it. *Virtù sovrana. Teoria dell'uguaglianza*, a cura di G. Bettini, Feltrinelli, Milano, 2002. Dworkin distingue l'impegno morale in “sostantivo”, che attiene agli impegni relativi al raggiungimento degli scopi della vita o il compimento di azioni che costituiscono una vita degna di essere vissuta, mentre “procedurali” sono per lui sono gli impegni relativi al trattamento equo ed uguale da assumere l'un l'altro. Per lui è liberale quella società che non fa sua una

norme giuridiche e, dunque, rimanere neutrale rispetto alle varie concezioni etiche particolari, a prescindere dalla diversità culturale: l'unico punto di riferimento sono i *diritti giuridici*, da garantire universalmente.

2. La *politica della differenza*, invece, sorge a partire dalla nozione moderna di identità e, come la politica dell'uguaglianza, ha una base universalistica: per essa ogni individuo ed ogni gruppo dovrebbe essere riconosciuto per la sua identità che è unica ed irripetibile. L'idea di tale politica è che tale differenza e specificità sia stata ignorata, trascurata, assimilata a un'identità dominante o maggioritaria⁶⁷, in particolare quella occidentale. Dal canto suo la politica della differenza intende la non discriminazione proprio a partire da una distinzione e una differenziazione di trattamento dei singoli in base alle loro specificità. Tale *multiculturalismo*, pur presentando molte diversificazioni interne – dalle *lotte per il riconoscimento* di Charles Taylor, Nancy Fraser o Axel Honnet, ai *movimenti per l'identità/differenza* di Iris Young o William Connolly, sino ai *movimenti per i diritti culturali e la cittadinanza multiculturale* di Will Kymlicka – asserisce che in sede politica, oltre ai *diritti giuridici*, bisogna anche far valere i *diritti culturali*. All'interno di tale prospettiva si diversifica una versione *comunitarista*, quale quella di Taylor⁶⁸ – che risente dell'influsso hegeliano⁶⁹ – il quale, pur consentendo

determinata visione sostantiva dei fini della vita e che è, invece, unita intorno a un forte impegno procedurale a trattare tutti con uguale rispetto. La politica non potrebbe assumere una posizione sostantiva (ad esempio non può consentire che tra i fini di una legislazione vi sia quello di rendere gli uomini virtuosi) perché favorirebbe in questo modo una concezione (di virtù) sulle altre. Alla base di questa visione del liberalismo – di matrice kantiana – vi è un legame tra dignità umana ed autonomia, in forza del quale si riconosce a ciascuno la capacità di farsi da sé un'idea della vita buona. Una società liberale, infatti, deve rimanere neutrale riguardo alla buona vita e limitarsi a garantire che i cittadini, quali che siano le loro opinioni, interagiscano equamente l'uno con l'altro e che lo stato tratti tutti allo stesso modo. Dworkin si oppone risolutamente a che i diritti dei singoli possano essere contraddetti da principi dettati dalla preoccupazione per il benessere generale o l'interesse pubblico: per lui gli individui sono titolari di diritti fondati su principi che vengono prima degli obiettivi espressi dalle decisioni politiche. Il suo liberalismo rintraccia i valori e diritti non a partire dalla nozione di libertà, ma da quella di uguaglianza.

⁶⁷ Tale, ad esempio, è il punto di vista femminista che imputa alla morale dominante di aver faziosamente privilegiato una morale maschilista. Cfr. ad esempio C. Gilligan, *In a Different Voice*, Harvard University Press, Cambridge, 1982; tr. it., *Con voce di donna*, Feltrinelli, Milano, 1991.

⁶⁸ C. Taylor, *The Politics of recognition*, Princeton University Press, Princeton, 1992, tr. it. *La politica del riconoscimento*, in J. Habermas-C. Taylor, *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*, trad. a cura di L. Ceppa e G. Rigamonti, Feltrinelli, Milano, 2010², pp. 9-62. Dello stesso autore cfr. anche Id., *Sources of the Self: The Making of Modern Identity*; tr. it. *Radici dell'io: la costruzione dell'identità moderna*, a cura di R. Rini, Feltrinelli, Milano, 1993; Id., *Il disagio della modernità*, Laterza, Roma-Bari, 1994; Id., *A saecular Age*, Harvard University Press, Harvard, 2007; tr. it. *L'età secolare*, a cura di P. Costa, Feltrinelli, Milano, 2009.

⁶⁹ Scrive in maniera molto chiara S. Achella: «La novità introdotta da Hegel, all'interno della tradizione moderna, fondata sulle libertà individuali è l'uscita da una prospettiva contrattualista e il richiamo ad una visione, di origine aristotelica, che sposta il fuoco sul primato della comunità rispetto all'individualità, pur senza negare l'importanza di quest'ultima. Hegel condivide, infatti, con Rousseau e Kant, l'idea che ogni legittimo ordinamento statale moderno debba essere ancorato al principio dell'autonomia individuale – per cui tutti i membri della società devono poter disporre di uno spazio, giuridicamente delimitato, all'interno del quale orientare il proprio agire –, ma tale “libertà dell'arbitrio”, se lasciata da sola, costituisce un'astrazione cui manca

il trattamento uniforme di alcuni diritti fondamentali (il che lo porta a definire il suo pensiero una variazione *ospitale alle differenze* o *non procedurale* di liberalismo), tiene ferma la garanzia della sopravvivenza della specificità culturale: «ci saranno delle variazioni quando si tratta di applicare l'intero elenco dei diritti, ma non di fronte all'incitamento dell'assassinio»⁷⁰. Taylor sottolinea «il carattere fondamentale *dialogico* dell'esistenza» cui segue «l'importanza del riconoscimento»⁷¹ dell'altro e della sua identità: «riconoscere l'identità irripetibile, distinta da quella di chiunque altro, di questo individuo o di questo gruppo» richiede «una politica della differenza»⁷², opposta al liberalismo universalistico cieco alle differenze che, sostenendo il rispetto dei diritti umani come tali, discriminerebbe le minoranze culturali le quali si troverebbero costrette ad adattarsi ai criteri della cultura egemone. Difatti i teorici comunitaristi più radicali, nella misura in cui difendono il riconoscimento delle peculiarità culturali, accusano i sostenitori dell'universalità dei diritti umani di farsi espressione di una egemonia neocoloniale dell'Occidente. Il che si poggia sulla convinzione surriportata secondo la quale presso molti popoli non occidentali la comunità abbia un ruolo costitutivo ai fini dell'autocomprensione e dell'identità degli uomini e che, dunque, siano i diritti della comunità a prevalere su quelli dell'individuo che, invece, sono alla base della cultura occidentale liberale; teoria questa, come si è visto, ascrivibile ai teorici dei cosiddetti “*asian values*”.

Il multiculturalismo si imbatte però in alcune criticità:

1. Le critiche opposte al multiculturalismo, pur apprezzando di aver posto il problema della differenza e dell'integrazione culturale, rilevano che esso ricada in una concezione fissista e oggettivante sia dell'individualità che delle culture, come dei valori e delle teorie dello Stato, rimanendo prigioniero di categorie etiche e politiche

la concretezza; in essa, come nota Hegel, si realizza una “libertà da”, ma non una “libertà di”. Pertanto, i diritti soggettivi, per uscire dalla sfera dell'immediatezza ed assumere validità giuridica, devono essere legittimati dal riconoscimento reciproco dei membri della società» S. Achella, *Diritti umani: una questione* doverosa, cit., p. 206. Del resto Taylor riconosce chiaramente che «fra le prime analisi del riconoscimento, la più influente fu quella di Hegel». C. Taylor, *La politica del riconoscimento*, cit., p. 21.

⁷⁰ C. Taylor, *La politica del riconoscimento*, cit., pp. 50-51. Secondo l'avviso di Taylor bisogna muovere da una tesi che lui definisce «presuntiva»: «che tutte quelle culture umane che hanno animato intere società per un lasso di tempo considerevole abbiano qualcosa di importante da dire ad ogni essere umano». Egli spiega: «la nostra tesi presuntiva ci aiuterebbe a spiegare come mai le richieste del multiculturalismo partano da principi, già affermati, della politica dell'uguale rispetto. Se il sospenderla equivale a una negazione dell'uguaglianza, e se la mancanza di un riconoscimento ha conseguenze importanti per l'identità degli esseri umani, abbiamo dei buoni argomenti per insistere sulla sua universalizzazione come estensione logica della politica della dignità. Come tutti devono avere diritti civili uguali e diritti di voto uguali indipendentemente dalla razza o dalla cultura, così per tutti si dovrebbe presumere che la loro cultura tradizionale abbia valore» (Ivi, pp. 55-57).

⁷¹ Ivi, pp. 17-21.

⁷² Ivi, p. 24.

universali, assolute e tendenzialmente eurocentriche, il che in qualche modo era già stato anticipato da Kant il quale parlava di una fusione degli stati «per mezzo di una potenza che inglobi le altre e si trasformi in una monarchia universale» dalla quale emergerebbe un «dispotismo senz'anima»⁷³.

2. Il multiculturalismo, rimarcando la diversificazione delle identità, ma non prevedendo alcun accordo transposizionale, si espone al rischio di relativismo culturale nella misura in cui riconosce a ciascuna cultura valori suoi propri non commisurabili ad altri.
3. Inoltre, operando una risoluta separazione tra *sfera privata* dalla *sfera pubblica*, laddove quest'ultima è normata da leggi universalmente accettate, mentre quella privata è il luogo di libera espressione delle differenze, il multiculturalismo consente in qualche modo il perpetuarsi delle discriminazioni e dell'oppressione dei più deboli (disabili, donne, anziani) operate nei contesti privati.

Rispetto ai presenti temi l'approccio multiculturale sarebbe disposto ad accogliere non solo le tradizioni terapeutiche beninesi descritte nella prima sezione, ma anche ad intendere le ragioni delle nefaste prassi escludenti descritte nel secondo capitolo, riconducendole alla *narrazione identitaria* della cultura beninese, permeata da sincretismi religiosi e tradizione vodun, la cui identità è inviolabile e il cui divieto potrebbe intendersi come minante quella stessa peculiarità, quand'anche drammatica. Certo, come detto, le pratiche contrarie ai diritti umani fondamentali vengono respinte dal multiculturalismo, come nell'esempio riportato dell'assassinio, ma il loro fondamento teorico trova una qualche giustificazione nella misura in cui lo riferisce ad una cultura ed una tradizione indisponibili. Inoltre l'approccio comunitario, a ben vedere, presuppone una sostanziale identità tra persone che fanno parte di una comunità, cosa che non pare verosimile considerando tutti i soggetti deboli di volta in volta descritti: i bambini, le donne, gli anziani ed, in particolare, i malati verso i quali, primariamente va rivolto il riconoscimento e l'attenzione da parte delle politiche nazionali e sovranazionali.

Tra le due posizioni del liberalismo e del multiculturalismo si colloca, poi, quella del filosofo J. Habermas il quale, se per un verso ammette il diritto al riconoscimento politico dei valori culturali, in quanto rappresentativi delle identità collettive, per altro verso sostiene che

⁷³ I. Kant, *Zum ewigen Frieden. Ein philosophischer Entwurf von Immanuel Kant* [1795], ora in *Kants Werke*, hrsg. Von der königlich Preußischen Akademie der Wissenschaft, Band VIII, pp. 341-386; tr. it. *Per la pace perpetua. Un progetto filosofico di Immanuel Kant*, in Id., *Scritti di storia, politica e diritto*, a cura di F. Gonnelli, Laterza, Roma-Bari, 1999, pp. 163-207, ivi, p. 185.

non si possa parlare di «diritti collettivi» o di «diritti di gruppo»⁷⁴, giacché le diversità culturali a suo avviso vanno sempre riferite a dei criteri costituzionali universalistici e transculturali.

Scrivo, infatti, Habermas:

«essendo orientata all'idea di realizzare i diritti, la formazione politica dell'opinione e della volontà civica non può ridursi all'autochiarimento etico, come vorrebbero i comunitaristi. Ciò non toglie che il processo della realizzazione giuridica si inserisca in un orizzonte che include *anche* i discorsi di autochiarimento come un aspetto fondamentale della politica (...). Si pensi alle discussioni in cui vogliono chiarirsi le idee su quali tradizioni vadano sviluppate o interrotte, su quali rapporti vadano stretti con il loro destino storico, con se medesimi, con la natura esterna, e così via»⁷⁵.

Habermas disgiunge, infatti, due livelli di integrazione: uno etico ed uno politico, sicché pur assumendo una «comune cultura politica» composta dei medesimi diritti e principi fondamentali, ciascuna cultura possa assumere una propria interpretazione dei principi costituzionali a partire dalla propria storia e dalla propria etica⁷⁶ o, con sue parole, vi è

⁷⁴ J. Habermas, *Kampf um Anerkennung im demokratischen Rechtsstaat*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1996, tr. it. *Lotta di riconoscimento nello stato democratico di diritto*, in J. Habermas-C. Taylor, *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*, cit., pp. 63-110, ivi, p. 89. Dello stesso autore cfr. Id., *Theorie des kommunikativen Handelns*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1981; tr. it. *Teoria dell'agire comunicativo*, a cura di P. Rinaudo, 2 voll., il Mulino, Bologna, 1986; Id., *L'inclusione dell'altro. Studi di teoria politica*, cit.; Id., *Die postnationale Konstellation und die Zukunft der Demokratie*, in Id., *Die postnationale Konstellation. Politische Essays*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1998; tr. it. *La costellazione postnazionale. Mercato globale, nazioni, democrazia*, a cura di L. Ceppa, Feltrinelli, Milano 1999. Cfr. anche L. Ceppa, *Pluralismo etico e universalismo morale in Habermas*, in «Teoria politica», 2 (1997), pp. 97-111.

⁷⁵ J. Habermas, *Lotta di riconoscimento nello stato democratico di diritto*, cit., pp. 83-84.

⁷⁶ Scrive Habermas: «Nelle società multiculturali, la costituzione di uno stato di diritto può tollerare soltanto forme di vita che si articolano nel medium di queste tradizioni non fondamentalisti che, giacché la convivenza giuridicamente equiparata di queste forme di vita presuppone che le diverse appartenenze culturali si riconoscano reciprocamente. Ogni persona va infatti riconosciuta anche come membro di una comunità che è integrata intorno a una certa concezione del bene. Di conseguenza l'integrazione etica dei diversi gruppi e subculture, ognuno dotato di una sua propria identità, deve sganciarsi dal livello della *integrazione politica* astratta che ricomprende in egual misura tutti i cittadini. L'integrazione dei cittadini produce lealismo nei confronti di una comune cultura politica. Questa cultura si radica in una certa interpretazione dei principi costituzionali: interpretazione che ogni nazione elabora a partire dalla prospettiva specifica delle sue esperienze storiche e che quindi non sarà mai eticamente neutrale. Forse è più giusto parlare di un comune *orizzonte* interpretativo, all'interno del quale si accendono le pubbliche dispute sull'autocomprensione politica dei cittadini (...) Queste controversie ruotano però sempre intorno alla migliore interpretazione *degli stessi* diritti e principi fondamentali. Diritti e principi che per un verso formano il sicuro punto di riferimento per qualsiasi patriottismo costituzionale che inserisca il "sistema dei diritti" nella dimensione storica della comunità giuridica, ma che per l'altro verso devono anche collegarsi stabilmente ai motivi e alle intenzioni dei cittadini. Senza questo "ancoraggio motivazionale", diritti e principi non potrebbero diventare forza trainante rispetto al progetto – dinamicamente inteso di stabilire un'associazione di liberi ed eguali. Perciò, anche la comune cultura politica in cui i cittadini si riconoscono come membri della loro comunità ha sempre una sua pregnanza etica. Nello stesso tempo, questo contenuto etico non deve compromettere la neutralità del diritto rispetto al pluralismo delle diverse comunità etiche integrate a livello sub politico. Esso deve invece acuire il senso della pluralità e integrità delle varie forme di vita coesistenti in una società multiculturale. Il punto decisivo è salvaguardare la differenza tra questi due livelli di integrazione (...). La neutralità del diritto nei confronti delle differenziazioni etiche all'interno deriva semplicemente dal fatto che, nelle società complesse, l'insieme dei cittadini non può più essere integrato da un consenso sostanziale sui valori, ma soltanto da un consenso sulle procedure relative a una legittima produzione giuridica e a un legittimo esercizio del potere (...). L'universalismo dei principi giuridici si

un'«approvazione dei principi costituzionali, all'interno dell'orizzonte interpretativo definito di volta in volta dall'autocomprensione etico-politica dei cittadini e della cultura politica del Paese. Il che significa una assimilazione alle modalità in cui la società accogliente istituzionalizza l'autonomia civica e pratica»⁷⁷. Rispetto al caso oggetto di studio ciò vuol dire, ad esempio, che il diritto alle cure possa essere dalla cultura beninese interpretato anche attraverso il ricorso alla medicina tradizionale.

La possibilità che una cultura assimili i principi costituzionali pur tenendo fede alle proprie tradizioni implica che «l'identità legittimamente affermata dalla comunità non potrà in alcun modo, *sul lungo periodo*, considerarsi al riparo dalle trasformazioni»⁷⁸. Tale interpretazione delle società multiculturali, evidentemente, si presta ai nostri ragionamenti nella misura in cui consente che una tradizione, nel caso di specie quella beninese, possa restare se medesima, emendando i suoi portati fondamentalisti e disponendosi all'accoglimento dei principi democratici condivisi, il che traluce anche l'assunzione del principio di storicità delle culture di cui parleremo più oltre approfonditamente.

Alla luce di tali considerazioni si può comprendere il modo in cui Habermas intende i diritti umani, superando la disputa surriportata relativa alla loro natura e funzione ambigue:

«il concetto di “diritto dell'uomo” non è di origine morale, bensì è una forma specifica del moderno concetto di “diritti soggettivi”, vale a dire una categoria specificamente giuridica. I diritti dell'uomo sono *fin dall'inizio* di natura giuridica. Ciò che conferisce loro l'apparenza di diritti morali non è il loro contenuto – né tantomeno la loro struttura – bensì piuttosto quel senso di validità [*Geltungssinn*] che li proietta “al di là” di tutti gli ordinamenti giuridici nazionali (...). I diritti fondamentali sono dotati di questa universale pretesa di validità in quanto essi possono essere fondati *soltanto* da una prospettiva morale»⁷⁹.

A suo avviso, dunque, si tratta di norme giuridiche caratterizzate da un senso di validità universale che conferisce loro l'aspetto morale. Habermas contesta la critica rivolta ai diritti umani di essere sorti in Occidente e di rappresentare per questo un punto di vista fazioso ed impositivo: egli muove «dall'ipotesi che quei criteri non siano tanto dovuti alla specificità culturale e contestuale dell'Occidente, quanto piuttosto al tentativo di reagire a sfide specifiche di una modernità sociale che si è nel frattempo globalmente diffusa»⁸⁰. In maniera assai condivisibile Habermas si oppone alla sopraccennata critica dei valori asiatici

riflette così in un *consenso procedurale* che, attraverso una sorta di *patriottismo costituzionale*, deve pur sempre inserirsi nel contesto di una cultura politica storicamente determinata». Ivi, pp. 93-95. Più oltre (p. 97) Habermas porta l'esempio degli Stati Uniti d'America ove la dimensione politica resta neutrale rispetto alle differenze etico-culturali.

⁷⁷ Ivi, p. 98.

⁷⁸ Ivi, p. 100.

⁷⁹ Id., *L'inclusione dell'altro*, cit., pp. 202-204.

⁸⁰ Ivi, p. 224.

proposta da un certo comunitarismo secondo il quale nelle tradizioni comunitarie, come quella asiatica o africana⁸¹ in cui la comunità precede gli individui e ove non è possibile distinguere diritto ed etica, ma dirimente è il ruolo dei doveri, si determina una forzatura nell'imporre la concezione individualistica del diritto occidentale. A ciò Habermas risponde che come quelle società hanno assunto il moderno diritto positivo per i rapporti socioeconomici così devono poter fare dal punto di vista culturale:

«Le società asiatiche non possono imboccare la strada di una modernizzazione capitalistica senza servirsi anche delle prestazioni di un ordinamento giuridico individualistico (...). Non ci si deve chiedere se i diritti umani, in quanto parte di un ordinamento giuridico individualistico, siano conciliabili con le proprie rispettive tradizioni culturali, quanto piuttosto se le vecchie forme tradizionali di integrazione politica e sociale debbano per forza adattarsi agli imperativi (sempre più pressanti) di una modernizzazione economica complessivamente accettata o non possano invece affermarsi contro di loro»⁸².

A suo avviso si cela, pertanto, un intento subdolo nell'azione procrastinante dei Paesi asiatici di affermare i diritti umani⁸³. Ciò determina per Habermas la caduta della contrapposizione tra "individualisti" e "collettivisti", ovvero tra i sostenitori del primato dei diritti individuali occidentali e di quelli collettivi nelle comunità asiatiche o africane, nella misura in cui secondo il suo punto di vista i diritti soggettivi derivano (e non sono a priori) da norme individuate in maniera condivisa dalla comunità giuridica:

«Dal momento che anche le persone giuridiche possono individuarsi soltanto passando attraverso processi di socializzazione, ne consegue che l'integrità della singola persona è tutelabile solo a patto che venga simultaneamente garantito l'accesso a quelle relazioni interpersonali, e a quelle tradizioni culturali, che le sono necessarie per conservare la propria identità. Un individualismo bene inteso sarebbe incompleto senza l'aggiunta di questa componente di "comunitarismo"»⁸⁴.

S'intende, allora, che il liberalismo intersoggettivo e comunicativo di Habermas, pur sostenendo che esistono solo i diritti individuali, si differenzia dall'individualismo liberista, giacché per lui i diritti individuali, proprio al fine di tutelare l'autopercezione e la libertà di arbitrio, devono aprire a forme culturali o collettive, costitutive dell'identità.

Il problema per Habermas è che, mentre all'interno degli ordinamenti statali costituzionali i diritti sono immediatamente azionabili, nell'ambito della costellazione post-nazionale, in cui non esiste un potere esecutivo globale, essi attendono di venire

⁸¹ C. Ake, *The African Context of Human Rights*, in «Africa Today», 34 (1975), pp. 5-12, citato in J. Habermas, *L'inclusione dell'altro*, cit., p. 226.

⁸² Ivi, p. 227.

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Ivi, p. 229.

istituzionalizzati, ma possono farlo per mezzo della funzione normativa della ragione comunicativa che può realizzare una solidale “coesistenza di estranei”⁸⁵.

Dunque, alla luce delle considerazioni precedenti, non sembra possibile abdicare all’esigenza dell’universalità dei diritti umani, anche se sembra ancora molto difficile da garantirla senza incorrere in pericolose contraddizioni. Tuttavia, fino a questo momento non si è riuscito a chiarire dove ancorare la pretese di universalità dei diritti umani (alla morale o al diritto) e, finché il discorso resta su tale incertezza, le Dichiarazioni dei diritti continueranno ad avere una funzione di sollecitazione delle rivendicazioni, offrendo un orientamento all’azione politica, ma niente di più.

La questione dell’universalità dei diritti umani si rela, evidentemente, anche a quella dell’esportabilità della democrazia in cui pure si intravede la matrice imperialista occidentale dell’*impositio*, contraddittoria con gli ideali democratici stessi, ma pur universalmente anelata⁸⁶.

A ben vedere, l’universalità dei diritti dell’uomo potrebbe essere sostenuta solo istituendo una loro relazione con alcuni *elementi generali*, non generici, che definiscono la natura umana e che motivano l’indignazione, lo spregio e il conseguente divieto della violazione di quei diritti. Si tratta di preservare dei principi minimi e condivisibili da tutti, un *minimo comune denominatore* o un «minimo etico comune»⁸⁷ ricomprendente elementi di base non rifiutabili da nessuno, perché condivisi da tutti.

⁸⁵ Id., *La costellazione postnazionale*, cit.

⁸⁶ «Tappe storiche cruciali del XX secolo hanno scandito e “promosso” il processo di trasformazione e trasfigurazione del concetto di democrazia, conducendolo da forma di governo migliore ad unica forma di governo pensabile e possibile, con una perdita progressiva dello spessore politico del concetto, un occultamento delle sue complessità e aporie, e infine la cristallizzazione in “valore universale”. Reale e ideale rimandano l’uno all’altro in una sorta di nuova teodicea: il processo inarrestabile e possente di democratizzazione del mondo, rappresentato in “ondate” successive, la diffusione vastissima di forme di governo democratico, costituiscono nello stesso tempo l’indirizzo fattuale della nostra contemporaneità e il fine ideale a cui tendere, la fine e il fine della storia. La solida architettura di questa costruzione ideologica non è stata incrinata neppure dallo smascheramento delle pretese di dominio tutte occidentali che la sostengono. Se anche ci si ferma alla gamma terminologica che accompagna il proposito, e la pratica, della diffusione universale della democrazia – “promozione”, “protezione”, “esportazione” – risulta infatti lampante il rinvio a principi che rinnegano ogni ideale più generalmente democratico, nel senso della libera scelta e dell’uguaglianza». M. Riccio, *Democrazia come “valore universale” ed etica interculturale*, in G. Cacciatore-G. D’Anna (a cura di), *Interculturalità. Tra etica e politica*, Carocci, Roma, 2010, pp. 101-111, ivi, pp. 101-102.

⁸⁷ E. Cuomo, *Sui diritti umani e sulla loro temporalità*, in Aa. Vv., *I diritti umani. Un’immagine epocale*, cit., pp. 67- 80, ivi, pp. 79-80, dove l’autrice spiega «oso sperare che uno sviluppo comune pensato da tutte le parti del villaggio, misurato in una prospettiva utopica da tutti gli angoli visuali del pianeta, conduca all’individuazione un minimo etico convenzionale che non venga percepito da nessuna parte come una colonizzazione occidentale o un’eutanasia culturale davanti al male che avanza; minimo etico che possa essere ancora raggiunto nel rispetto delle singole culture locali e del loro radicamento a un territorio e a una specifica percezione del tempo e difeso contro e dal seme dell’autodistruzione e mortificazione. (...) bisognerebbe chiedersi *in primis* se il rispetto (...) dell’altrui identità culturale possa dialogare con un “cosiddetto minimo etico comune”, tale per cui tortura, sevizie, sfruttamento, indisponibilità della propria persona fisica o divieto di esprimere il proprio animo e il proprio pensiero non appaiono giustificabili e non vengano ammantate dalla pretesa necessità o ineluttabilità anche di stampo fideistico».

La riflessione economica del premio Nobel Amartya Sen e la sua concettualizzazione filosofica da parte della filosofa politica americana di formazione aristotelica, Martha Nussbaum, ben si prestano a tale scopo nella misura in cui incorporano nella dottrina dei diritti umani una nozione generale delle *capacità* e dei *funzionamenti* tipici di *ogni essere umano*. Di tal che essi, ricomponendo la separazione tra *sfera pubblica* e *sfera privata* impropriamente operata dai teorici del multiculturalismo, si schierano, attraverso l'identificazione di elementi di base connotanti l'umano, in favore dell'universalità dei diritti e, dunque, sostengono la tesi che la tutela del pluralismo culturale non legittimi in alcun caso pratiche lesive dei diritti umani.

L'analisi che si condurrà nel capitolo successivo, oltre a tenere conto delle posizioni dei due autori, cercherà di raccordarle con le questioni sinora affrontate del rispetto dell'identità culturale, della valorizzazione delle tradizioni di cura, tenendo conto del problema del *consenso* ai trattamenti medici in un contesto come quello beninese descritto, dell'universalità dei diritti umani, considerando anche la condizione dei disabili, dei malati mentali, delle donne, degli anziani e di tutto quel novero di svantaggiati che sono stati ricompresi nella categoria dell'*esclusione*.

CAPITOLO SECONDO

Capacità e diritti umani

Il riportato dilemma tra universalismo dei diritti umani e particolarismo culturale non è ancora addivenuto ad una soluzione convincente, tuttavia si è accennato che l'*approccio delle capacità* di Amartya Sen e Martha Nussbaum offre spunti interessanti per confrontarsi in maniera inedita con la questione.

Pertanto, dopo aver riproposto il modo in cui gli autori sostengono l'universalità dei diritti umani non disgiungendola dal riconoscimento della diversità culturale, la loro teoria verrà *applicata* alle questioni prima indagate. Dunque si recupereranno le problematiche relate alla medicina africana tradizionale nel suo rapporto con quella moderna e, in particolare, al consenso informato che, inerendo il principio di *autodeterminazione* rispetto alle scelte sanitarie, è parso non del tutto assumibile da un contesto pervaso da nozioni di tipo collettivistico. Inoltre si recupererà il problema più generale dei malati, dei disabili e di tutto il "popolo degli esclusi" di cui si è parlato nella seconda sezione al fine di intravedere se, proprio a coloro ai quali i diritti vengono sì drammaticamente negati, è possibile restituire il godimento degli stessi o se si tratta di un gesto forzoso imporre valori non rispondenti alla cultura locale – atteso che sia così –, il che potrebbe condurre ad esiti ancor più imprudenti per chi già versa in una condizione difficile.

Il dubbio è ancora una volta il medesimo: la cura deve conformarsi a principi universali e non essere plasmata da norme e usi propri di particolari culture o *in particolar modo* la questione della cura, più di altre, dovrebbe tener conto delle tradizioni dei Paesi in cui viene condotta? La questione del *consenso informato* fa da cartina di tornasole del problema nella misura in cui si è visto che detto principio, tanto invalso nel mondo occidentale, incontra difficoltà ad essere compreso ed accolto in Bénin per la mancanza di una nozione definita di individualità e libertà, ma anche per le barriere culturali e linguistiche che sovente si interpongono tra i medici (soprattutto se occidentali volontari in missione umanitaria) e i pazienti provenienti da zone rurali particolarmente radicate in un primitivismo atavico, dunque estremamente rispettosi dei culti tradizionali e, talvolta, capaci di esprimersi solo nei dialetti locali.

Tale difficile intendimento del principio del consenso informato in alcune parti del mondo può, evidentemente, condurre ad abusi nelle ricerche sperimentali ad opera di case farmaceutiche o enti di ricerca che potrebbero, come in effetti è accaduto, rivolgersi per

ricerche respinte in Occidente ad altri Paesi ove, per tutta una serie manifesta di ragioni, il consenso disinformato o misconosciuto è facilmente ottenibile (si pensi al *Tuskegee Study*⁸⁸).

Come è noto, a seguito del Processo di Norimberga, il tribunale redasse un Codice composto da dieci principi universali che avrebbero dovuto orientare la ricerca medica al fine di garantirne l'eticità e uno di essi è appunto quello del consenso libero ed informato del paziente⁸⁹. Quei principi universali sono spesso stati accostati ai diritti umani in numerosi documenti di bioetica – si pensi alla *Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano nei riguardi delle applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti Umani e la Biomedicina* promulgata dal Consiglio europeo nel 1997⁹⁰ o alla *Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani* dell'Unesco (2005)⁹¹ – e molto acceso è stato il dibattito relativo alla validità di quei principi al tempo del pluralismo⁹².

I principi di etica medica, pretendendo di assurgere ad oggettività, si incrociano con il dilemma relativo all'universalità dei diritti umani nello scontro congiunto contro la moltitudine delle culture identitarie dei diversi popoli. Pertanto, oltre a domandarsi della possibilità di applicare quei principi e diritti in ambiti culturali plurimi, bisognerà interrogare approfonditamente, calandolo in contesti e *posizioni* anche differenti da quella dell'osservatore, il *principio di autodeterminazione*, giacché il problema autentico inerisce la *volontarietà* di singoli e popoli di seguire tradizioni identitarie che possono essere non idonee

⁸⁸ Come è noto nel periodo antecedente la seconda guerra mondiale erano assai frequenti, soprattutto negli Stati Uniti, casi di sperimentazione condotti su soggetti appartenenti a categorie deboli cui non veniva chiesto loro il consenso e molto raramente erano informati della sperimentazione in corso. Finanziato dal governo il Tuskegee Study aveva come scopo quello di studiare la progressione naturale della sifilide negli uomini di colore: lo studio fu condotto in Alabama dal 1932 al 1973 e i soggetti sperimentali furono reclutati con l'assicurazione che sarebbero stati curati, mentre, in realtà, fu negato loro ogni trattamento contro la sifilide, anche dopo la scoperta della penicillina, medicinale idoneo alle loro cure. Cfr. per fare solo un esempio: R.H. Kampmeier, *The Tuskegee study of untreated syphilis*, in «*South Medicine Journal*», vol. 65 (1972) 10, pp. 1247–1251.

⁸⁹ G.J. Annas- M.A. Grodin, *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation*, Oxford University Press, New York, 1992; T. Beauchamp-J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1994; tr. it., *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze, 1999.

⁹⁰ Consiglio d'Europa, *Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e la Dignità dell'essere umano nei riguardi delle applicazioni della biologia e della medicina*, 1997: <https://rm.coe.int/168007d003> (ultima visualizzazione aprile 2017).

⁹¹ UNESCO, *Dichiarazione Universale sui Diritti dell'Uomo e la Bioetica*, 2005, cit.

⁹² Si pensi al dibattito tra R. Baker e R. Macklin, ove quest'ultima affermava la possibilità dell'esistenza di giudizi morali transculturali, assumendo un fondamentalismo morale alquanto flessibile e, dunque, capace di comprendere principi morali e culturali differenti, mentre Baker sosteneva che l'individualismo occidentale era incompatibile con il collettivismo tipico delle società africane: per lui non ci sono principi fondamentali universali, ma alcuni beni principali diversi per ciascuna cultura. Ad esempio rispetto alle MFG per Baker non bisognerebbe imporre il veto, giacché si forzerebbe una scelta libera di una determinata cultura e si violerebbe il rispetto per le tradizioni culturali africane, per Macklin, invece, quelle pratiche esprimono l'estremo tentativo di alcuni difensori della tradizione di mantenere uno status quo, ma evidentemente rappresentano una violazione dei diritti umani nella misura in cui arrecano un danno fisico e morale alle ragazze. Cfr. R. Baker, *A Theory of International Bioethics: Multiculturalism, Postmodernism, and the Bankruptcy of Fundamentalism*, in «*Kennedy Institute of Ethics Journal*», 8 (1998a) 3, pp. 201-231; Id., *A Theory of International Bioethics: The Negotiable and the Non-negotiable*, in «*Kennedy Institute of Ethics Journal*», (1998b) 8, pp. 233-274.

alla cura o addirittura pericolose e degradanti per la dignità e i diritti dell'uomo. Risulta dunque fondamentale, al fine di riflettere sulle prassi descritte nella sezione precedente, intendere se, ad esempio, il tentativo di proibire pratiche tradizionali contrarie ai diritti umani (come ad es. le MGF o la contenzione dei malati mentali o l'esclusione dei lebbrosi), *quand'anche volontarie per il soggetto coinvolto*, sia da considerarsi una violazione del diritto del popolo beninese di autodeterminarsi o se, invece, sia lesivo consentire dette prassi e, dunque, bisognerebbe assumere dei principi come obbligatori per tutte le società anche se, nei fatti, non sono accettati da alcune culture.

Attesa la pregnanza di una controversia ancora tutta da discutere ci affideremo nelle pagine che seguono ad Amartya Sen e Martha Nussbaum i quali propongono una lettura dei diritti umani particolarmente convincente e, attraverso il loro "approccio delle capacità", consentono di intendere se quei diritti possono essere posti a fondamento di una morale e di una politica condivise.

1. Amartya Sen e la difesa dell'universalità dei diritti umani

Particolarmente opportuno allo scopo di asserire l'universalità dei diritti umani è recuperare il pensiero del premio nobel per l'economia Amartya Sen il quale dedica alla questione un indubbio valore precipuo, oltre a considerarla un elemento dirimente per la struttura del suo pensiero che torna più volte su tale questione anche rispetto a temi diversi.

Anzitutto Sen, sensibilmente attento al dibattito che aveva alimentato nella seconda metà del Novecento la questione del rapporto tra universalismo e particolarismo, inizia con il recuperare le critiche⁹³ che nel tempo sono state rivolte ai diritti umani:

1. La prima, da lui definita «critica della legittimità»⁹⁴ è caratterizzata dalla preoccupazione di coloro (che si pongono sulla scia di Marx, di Bentham) che non intendono i diritti umani come naturali, bensì come strumenti giuridici e non etici di uno stato, per la mancanza di chiarezza del fondamento di quei diritti;
2. La «critica della coerenza»⁹⁵ la quale contesta quelle teorie che non specificano chi abbia il *dovere* di garantire il rispetto dei diritti umani;

⁹³ A.K. Sen, *Development as Freedom*, Anchor Books, New York, 2000; tr. it. *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, trad. di G. Rigamonti, Mondadori, Milano, 2000, pp. 228-233.

⁹⁴ Ivi, pp. 229-230.

⁹⁵ Ivi, pp. 231-232.

3. La «critica culturale»⁹⁶ che riguarda il problema in oggetto, ovvero quello relativo alla presunta universalità dei diritti umani: ci si chiede se sia possibile che vi siano etiche non centrate sui diritti, ma che, anteponendo l'appartenenza dell'individuo alla comunità, si fondano sulla disciplina e l'autorità, il che viene solitamente ascrivito alla cultura asiatica.

Ai primi Sen risponde che «in realtà la cosa migliore è considerare i diritti umani un insieme di rivendicazioni etiche da non identificare con nessun particolare diritto avente forza di legge; ma questa interpretazione normativa non deve annullare l'utilità dell'idea dei diritti umani in quei contesti nei quali normalmente essi sono invocati»: «quella che dobbiamo giudicare è la plausibilità dei diritti umani in quanto sistema di ragionamento etico e fondamento delle rivendicazioni politiche»⁹⁷. Ai sostenitori della seconda critica egli risponde che non è possibile istituire un nesso troppo stringente tra diritti e doveri: «la tesi secondo cui un diritto non è mai cogente, a meno che non sia accompagnato da un obbligo perfetto correlativo, è assai criticabile». I diritti umani sono ciò «di cui tutti *dovrebbero* godere i benefici», ma «non è dovere specifico di nessun individuo assicurarsi che siano rispettati i diritti di una certa persona»⁹⁸. Rispetto ai difensori della critica culturale e, in particolare, dei valori asiatici Sen, proprio perché pur *adducendo l'universalità dei diritti umani non disconosce il valore delle differenze*, rileva il configurarsi di un'impropria generalizzazione nella categoria di «valori asiatici». Sostiene, infatti, l'autore che quei valori «sono stati invocati abbastanza spesso per giustificare certi assetti politici autoritari esistenti in Asia», pertanto la domanda è se tali «giustificazioni dell'autoritarismo» riescano a rendere conto della cultura e delle tradizioni dell'immenso contesto asiatico: come è noto l'Asia è caratterizzata da tradizioni particolarmente eterogenee dovute ai diversi influssi che hanno operato sul popolo asiatico determinando numerose diversificazioni culturali non ricomprendibili in un unico riferimento valoriale, pena l'ottundimento di detta pluralità⁹⁹. Difatti riconoscere autenticamente l'identità e i valori di un popolo non può voler dire sussumere le differenze precipue in un nuovo soffocante universale.

In più occasioni Sen ritorna sul tema: il suo obiettivo, come detto, è di giustificare l'universalità dei diritti umani, senza sacrificare le differenze culturali le quali, a loro volta, devono essere riconosciute senza assurgere a nuove configurazioni universali. Invero Sen accusa lo stesso Occidente di farsi portavoce di argomentazioni autoritarie: è esso ad aver

⁹⁶ Ivi, pp. 232-233.

⁹⁷ Ivi, p. 230.

⁹⁸ Ivi, p. 231.

⁹⁹ Ivi, pp. 232-233.

dato per scontato che «la libertà politica e la democrazia siano da molto tempo caratteri basilari della cultura occidentale e che non sia facile trovarli in Asia». È, dunque, di responsabilità occidentale l'aver costituito la contrapposizione tutta ideologica tra “valori occidentali”, aventi il loro fondamento nella cultura liberale, e “valori asiatici”, autoritaristici e comunitaristi, ed anche l'essersi proposto di diffondere i primi nel resto del mondo: «il mondo viene invitato a iscriversi al club della “democrazia occidentale” e ad ammirare e a fare propri i tradizionali “valori dell'Occidente”»¹⁰⁰.

Pertanto risulta dirimente per Sen dimostrare l'«idea della democrazia come valore universale»¹⁰¹, capace di travalicare le differenze tra le singole culture che vengono preservate nella loro identità ed è per questo che a suo avviso non c'è «alcuna ragione per essere restii a fornire un sostegno globale alla lotta per la democrazia in tutto il mondo, che rappresenta la più grande sfida dei nostri tempi»¹⁰².

In successive occasioni Sen ha continuato a sostenere che il *valore* della democrazia non appartiene solo all'Occidente, ma al mondo intero, il che consente di estenderne la diffusione in maniera universale, atteso che in essa si riconosca il modello politico migliore. A tale scopo Sen, nel discorso tenuto nel 1999 alla *Global Conference on Democracy* di New Delhi, ricostruisce la progressiva «ascesa della democrazia» in Occidente, dall'antica Grecia fino al nostro presente in cui si è assistito ad una sua «trionfale affermazione» come «efficiente sistema di governo», dal che segue di necessità che la sua diffusione deve essere assunta come «impegno e missione universale». È in seguito alla «svolta storica» e «rivoluzione concettuale» conosciuta dal XX secolo che la democrazia, secondo Sen, «ha assunto nell'opinione pubblica mondiale, lo status di soluzione politica ritenuta sostanzialmente giusta. Oggi spetta a chi desidera gettare la democrazia nella spazzatura fornire una buona ragione per farlo». Il che consente di asserire che «non dobbiamo più accertare ogni volta, caso per caso, se un determinato Paese (...) sia “pronto per la democrazia”; ormai lo diamo per scontato»¹⁰³.

¹⁰⁰ Ivi, pp. 233-234.

¹⁰¹ A.K. Sen, *La democrazia degli altri. Perché la libertà non è un'invenzione dell'Occidente*, Mondadori, Milano, 2004, 78-79.

¹⁰² Le parole di Sen si riferiscono al processo di democratizzazione avviato in Iraq che ha presentato sospetti di imperialismo per le modalità del suo “proporsi”. Ciononostante, dice ancora Sen: «Sarebbe (...) un grave errore trasformare queste incertezze sulle prospettive immediate di un Iraq democratico in una generale sfiducia sulla possibilità, anzi sulla necessità di esportare la democrazia in Iraq, o in qualsiasi altro Paese ne sia ancora privo» A.K. Sen, *Democracy and its Global Roots*, in «The New Republic», (2003), tr. it. *Le radici globali della democrazia*, in Id., *La democrazia degli altri*, cit., p. 5.

¹⁰³ Id., *Democracy as a Universal Value*, in «Journal of Democracy», X (1999) 3; tr. it. *La democrazia come valore universale*, in *La democrazia degli altri*, cit., pp. 45-49.

Sen spiega che la democrazia può aspirare ad essere riconosciuta come valore universale per una serie di ragioni per dir così “evidenti”, come il suo attribuire un’«importanza intrinseca della partecipazione politica e della libertà nella vita umana», un’«importanza strumentale degli stimoli politici per assicurare che i governi siano responsabili e giudicabili di fronte al popolo», per il suo «ruolo costruttivo (...) nella formazione di valori e nella definizione di bisogni, diritti e doveri»¹⁰⁴ che la rendono condizione e luogo del godimento di diritti umani fondamentali. Secondo l’avviso di Sen, dunque, non è particolarmente rilevante che tale pretesa universalità della democrazia si scontri con l’assenza di un consenso generale, a lui basta sapere che in ogni parte del mondo i singoli *possano avere buone ragioni* per considerare la democrazia un valore universale. Si tratta di un *presupposto implicito* che è alla base di «tutte le pretese di valore universale» e che, essendo funzionale al «riorientamento concettuale» dei popoli che sono privi di democrazia, non va a tangere – per le ragioni *evidenti* di cui sopra – la libertà, ma, paradossalmente, la consente¹⁰⁵.

In un saggio successivo Sen arriverà a teorizzare *Le radici globali della democrazia*: per lui, infatti, è un’«appropriazione indebita» quella dell’Occidente di aver ascritto a sé sola il modello democratico che, a suo avviso, è tutt’altro che sconosciuto ai Paesi e ai popoli non occidentali. Riconoscere un fondamento prettamente occidentale della democrazia deriva da una distorta identificazione di quest’ultima con il «governo della maggioranza» che la considera solo «in termini di voto e di elezioni»¹⁰⁶, mentre, per altro verso, la democrazia per lui è legata alla discussione, alla «ragione pubblica» e alla «scelta pubblica», alla partecipazione intesa in senso ampio che si presta ad addivenire motore di sviluppo¹⁰⁷ e crescita economica e che certamente non è estranea alla storia dei Paesi non occidentali¹⁰⁸.

¹⁰⁴ Id., *La democrazia come valore universale*, cit., pp. 66-67.

¹⁰⁵ È proprio su tale presupposto «spesso implicito» che, secondo Sen, «si è verificato, nel XX secolo, un radicale riorientamento concettuale [*the biggest attitudinal shift*] nei confronti della democrazia (...). Quando si prende in considerazione la possibilità della democrazia per un Paese che ne è privo e per un popolo che forse non ha ancora avuto l’opportunità di concepirne un’attuazione pratica, si dà quasi per scontato [*it is now presumed*] che questo stesso popolo l’approverebbe non appena diventasse una realtà concreta della sua vita». Ivi, pp. 68-69.

¹⁰⁶ Id., *Le radici globali della democrazia*, cit., p. 40. Nota M. Riccio come «tuttavia quello che Sen presenta come un “difetto concettuale” – “considerare”, cioè, “la democrazia sostanzialmente in termini di voti ed elezioni” – e che a suo parere è all’origine dell’“appropriazione indebita” dell’idea di democrazia da parte dell’Occidente è consustanziale al modello e all’ideale democratico che pretende oggi l’universalizzazione, che si propone, anch’esso, come valore universale. Modello e ideale che si è costruito e cristallizzato negli ultimi due secoli anche attraverso il disegno *a posteriori* della propria storia come storia progressiva, senza ombre né cesure». M. Riccio, *Democrazia come “valore universale” ed etica interculturale*, cit., p. 105.

¹⁰⁷ Particolarmente interessante agli scopi presenti è il modo in cui Sen riflette sul nesso problematico tra *democrazia e sviluppo*, ovvero sulla possibilità dei Paesi in via di sviluppo di disporsi alla democrazia (egli insiste molto sul circolo virtuoso che si stabilisce tra crescita economica e libertà). Dall’estensione delle capacità, infatti, dipende per Sen lo sviluppo economico che non è solo l’aumento del reddito, bensì il miglioramento della

In proposito Sen ha in più occasioni sottolineato che valori considerati retaggio millenario dell'Occidente in realtà si trovano solo *parzialmente* negli scritti di alcuni classici occidentali: «quella che veramente troviamo negli scritti di alcuni classici occidentali (come Aristotele) è una selezione di alcune *componenti* di quella nozione complessiva che costituisce l'idea contemporanea di libertà politica»¹⁰⁹. Ad esempio la tesi secondo la quale garantire *a tutti la libertà personale* è fondamentale per costruire una buona società ricomprende sia il valore della *libertà personale* che *l'uguaglianza* della libertà che deve essere assicurata a tutti, ma per Sen, un classico del pensiero occidentale come Aristotele, pur avendo a lungo difeso il valore della *libertà personale*, come è noto, vi ha escluso donne e schiavi, eludendo così il fattore dell'*uguaglianza*. Pertanto non si può dire che tale concetto sia occidentale, anzi, secondo Sen, «in verità questa forma di difesa dell'uguaglianza ha un'origine molto recente»¹¹⁰.

Rilevare la presenza di *alcune* caratteristiche degli ideali ad oggi invalsi in Occidente nel pensiero dei classici occidentali non vuol però dire né escludere che essi possano rintracciarsi anche in tradizioni altre, né che nella stessa tradizione occidentale non siano presenti anche valori contrari a quelli democratici, come quelli della disciplina e dell'obbedienza. Sen, infatti, confuta molte convinzioni invalse relative alla ripartizione valoriale: così come rileva che alcuni valori considerati fondativi dell'etica confuciana¹¹¹, come l'ordine e la disciplina, non siano in antitesi ai valori occidentali dell'individualismo e del rispetto della libertà personale dal momento che li rinviene anche nel pensiero di autori come Agostino o Platone¹¹². All'inverso rintraccia la presenza di valori considerati tipicamente occidentali come la tolleranza, la libertà, l'eguaglianza, anche in altre culture, come dimostra il pensiero degli imperatori Ashoka (III sec. a. C.) o Mogol Akbar (1556-1605) i quali erano convinti sostenitori dei valori della tolleranza religiosa e della libertà estesa a tutti gli uomini¹¹³. Inoltre, sempre all'interno della tradizione islamica, Sen ricorda il caso di Maimonide, il grande studioso ebreo del dodicesimo secolo, che fu costretto a

qualità della vita; in tal modo l'approccio delle capacità sarebbe funzionale allo sviluppo, inteso non solo come sviluppo economico, ma anche in termini di moltiplicazione di libertà fondamentali dei Paesi interessati. A.K. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, cit., in part. pp. 150-162.

¹⁰⁸ Id., *Le radici globali della democrazia*, cit., pp. 7-10.

¹⁰⁹ Cfr. A.K. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, cit., p. 234. Cfr. anche Id., *Freedom and Globalization* (2002); tr. it. *Globalizzazione e libertà*, a cura di G. Bono, Mondadori, Milano, 2002, pp. 69-78; Id., *Le radici globali della democrazia*, cit., pp. 28-35.

¹¹⁰ A.K. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, cit., p. 234.

¹¹¹ Sen si occupa anche di dimostrare, come il pensiero di Confucio sia stato spesso manipolato ed afferma che nonostante sembri che gli insegnamenti del confucianesimo abbiano lasciato poco spazio al valore della libertà personale in effetti coloro che lo interpretano come autoritarismo ne trascureranno la varietà dei contenuti. A.K. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, cit., pp. 235-236.

¹¹² Ivi, p. 235.

¹¹³ Ivi, pp. 236-239.

scappare dalle persecuzioni religiose di un'Europa intollerante e dogmaticamente settaria per trovare rifugio nella civile e pacifica città musulmana de Il Cairo sotto la protezione del sultano Saladino¹¹⁴, il che riprova ancora che la tolleranza e il rispetto per le diversità siano valori non esclusivamente europei e che le tradizioni culturali non sono monoliti immobili destinati a rimanere sempre uguali.

Del resto, per quanto alcuni elementi caratteristici degli ideali di democrazia e libertà si rintracciano sia nella tradizione occidentale che in quella orientale, Sen sottolinea che nella loro forma moderna non sono apparsi in nessuna parte del mondo, il che rimarca l'idea che non si tratta di valori ascrivibili ad una specifica cultura né che essi siano senza tempo, bensì che sono un prodotto storico che ha radici universali.

Addurre una comune radice dei valori liberali non vuol dire, però, sostenere una posizione egualitaristica che, per Sen, è *particolarmente* responsabile di effetti anti-egualitari. Per tale ragione l'autore insiste molto sulle *differenze* tra le culture¹¹⁵ e sull'importanza del concetto di *disuguaglianza*, non pervenendo ad un relativismo, ma fondando in esso l'*eguaglianza* dei singoli e, dunque, l'universalità dei diritti:

«L'importanza *sostanziale* della domanda “eguaglianza di che cosa?” è perciò collegata all'evidenza empirica della diffusa diversità umana. Gli approcci all'eguaglianza – in termini sia teorici sia pratici – che procedono sulla base dell'assunzione di una data uniformità (fra cui il presumere che “tutti gli uomini sono stati creati eguali”) perdono dunque di vista un aspetto importante del problema. La diversità umana, lungi dall'essere una complicazione secondaria (...), è una componente fondamentale del nostro interesse per l'eguaglianza»¹¹⁶.

Infaticabile è il tentativo di Sen di conciliare universalismo e particolarismo, anche rispetto alla questione dell'*oggettività in etica*: per lui un'etica oggettiva non vuol dire che deve essere invariabile e fissa e non tener conto delle *posizioni* diverse degli individui, ovvero delle loro culture, delle condizioni in cui si trovano, del contesto in cui vivono, etc.

Atteso che il singolo è sempre condizionato o influenzato da tutta una serie di elementi:

«la nostra *posizione* di osservazione è cruciale per l'esercizio del nostro ragionamento pratico (*practical reasoning*) (...). Un giudizio è oggettivo se e solo se può essere accettato da tutti indistintamente, in qualsiasi *posizione* o luogo in cui gli individui si trovano. Per Sen, invece, un giudizio è *posizionalmente* oggettivo se chiunque, in quella *posizione*, lo formulerebbe (...). Il

¹¹⁴ Ivi, p. 240..

¹¹⁵ Cfr. anche A.K. Sen, *Identity and violence: The Illusion of Destiny* (2006); tr. it. *Identità e violenza*, Laterza, Roma-Bari, 2008.

¹¹⁶ A.K. Sen, *Inequality Reexamined*, Oxford University Press, Oxford, 1992, tr. it., *La disuguaglianza. Un riesame critico*, a cura di A. Balestrino e G.M. Mazzanti, Il Mulino, Bologna, 2010³, pp. 9-10.

riconoscimento della caratteristica *posizionale* dell'oggettività dei giudizi di valore però non renderebbe oggettiva la posizione di coloro che sostengono il relativismo culturale»¹¹⁷.

Quel che a Sen interessa è, infatti, riconoscere che individui, anche in *posizioni* diverse, possono condividere alcuni valori fondamentali. Secondo la teoria di Sen, l'oggettività morale traduce, dunque, una sintesi di visioni differenti che provengono da *posizioni* diverse.

Difatti l'economista indiano sostiene che assieme al necessario riconoscimento dell'importanza intrinseca o unicità di ogni cultura, non bisogna sottostimare, ad un tempo, anche il valore delle *interrelazioni* e delle *influenze* reciproche fra le culture. I relativisti, i nazionalisti e i sostenitori dello sciovinismo culturale «tendono a sottovalutare la nostra capacità di imparare dagli stranieri senza farci travolgere da questa esperienza» e a disconoscere che le tradizioni sono spesso il retaggio dell'influenza di altre: «la difesa appassionata della conservazione e della purezza non deve farci perdere la capacità di intenderci gli uni con gli altri e di utilizzare ciò che è stato creato da culture diverse dalla nostra»¹¹⁸.

L'autore, inoltre, restituisce estrema rilevanza al «riconoscimento delle diversità *entro* le singole culture» la quale, come detto, rischia di essere offuscata dalle «ipersemplificazioni» superficiali e divisive come quella di «civiltà occidentale», «valori asiatici», «culture africane». Luoghi comuni, questi, alimentati da chi è al potere, ma che non dovrebbero detenere il monopolio nell'interpretazione della cultura e dei valori locali, bensì pensare di ricomprendere la «partecipazione popolare» senza la quale non è possibile alcuno sviluppo¹¹⁹.

Sen, infatti, enfatizza il ruolo fondamentale della *democrazia deliberativa* e della *discussione pubblica*: a suo avviso la circolazione di informazioni e la discussione critica aperta all'interazione tra culture è la condizione necessaria per raggiungere un accordo transposizionale su alcuni valori condivisi ed elaborare, così, una teoria sui diritti umani universali. Per Sen, infatti, l'universalità dei diritti umani è condizionata dalla capacità di tali diritti di attraversare e superare il filtro della *discussione pubblica* che si verifica non solo tra le persone, ma anche attraverso i confini delle nazioni:

«in verità è estremamente importante comprendere il legame fra la discussione pubblica e la formulazione e l'impiego dei diritti umani. La plausibilità generale rivestita da tali rivendicazioni etiche, o dalla loro negazione, dipende, in questa teoria, dal modo in cui attecchiscono e sopravvivono nel momento in cui vengono sottoposte a un libero dibattito o esame, oltre che da

¹¹⁷ M. Errico, *Diritti umani e culture altre. Sperimentazione dei farmaci e consenso informato nell'Africa subsahariana*, presentazione di V. Pocar, Guerini e Associati, Milano, 2009, pp. 166-167. Cfr. A.K. Sen, *Positional Objectivity*, in «Philosophy and Public Affairs», 22 (1993) 2, pp. 126-145 ed anche E. Anderson, *Sen, Ethics and Democracy*, in «Feminist Economics», 9 (2003) 2-3, p. 239-261.

¹¹⁸ A.K. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, cit. pp. 243-244.

¹¹⁹ Ivi, p. 247.

una adeguata disponibilità di informazioni. La rivendicazione di un diritto umano verrebbe gravemente indebolita, se si dimostrasse la loro difficoltà a superare una discussione pubblica aperta»¹²⁰.

Si intende, allora, che individui appartenenti a culture diverse non necessariamente rendono attuali allo stesso modo i valori ispiratori di tali diritti. Al fine di valutare l'accettabilità dei diritti umani all'interno di ciascuna cultura è fondamentale sottoporli al filtro della discussione pubblica: in tal modo l'ammissibilità di tali diritti sarebbe condizionata dall'esistenza di dibattiti pubblici aperti da cui non è escluso nessun individuo. Ciò non implica che nei regimi repressivi che non consentono tali discussioni esse siano trascurate, dal momento che l'esercizio del confronto pubblico dovrebbe avvenire, a suo avviso, al di là dei confini nazionali e la discussione pubblica dovrebbe includere anche critiche e visioni provenienti da culture e società diverse. Secondo l'avviso di Sen, bisognerebbe distinguere tra i valori dominanti in una determinata società e i valori che, a seguito di una discussione pubblica, potrebbero essere accolti e accettati in opposizione ai valori della cultura ufficiale¹²¹.

Approssimare una riflessione di tal fatta in questa sede ha evidentemente lo scopo di costituire il fondamento teorico del problema posto durante tutta la presente trattazione: nel contesto globale, in cui è addivenuto inevitabile un confronto tra medicina moderna occidentale e tradizioni terapeutiche beninesi, bisogna domandarsi, anzitutto, se la prima, rivelandosi più efficace secondo un criterio empirico, finirà per oscurare la seconda. Da qui ci si è chiesto se fosse possibile preservare alcuni elementi della cultura terapeutica beninese; tuttavia, come argomentato nella seconda sezione, molti aspetti di detta cultura si pongono in conflitto con il rispetto dei diritti umani. Pertanto ci si è domandato, recuperando il dibattito contemporaneo sul tema, se addurre il rispetto dei diritti umani fosse una forma di imposizione di un paradigma prettamente occidentale, riproponente un gesto neocolonialistico nei riguardi di una cultura altra, e se quest'ultima si ispirasse ad un catalogo di valori diverso che non ha nulla a che fare con i diritti umani. Tuttavia se ciò fosse dimostrato, condurrebbe ad abdicare alla possibilità di istituire politiche ed etiche condivise, ma se non fosse così aprirebbe ad un nuovo interrogativo, ovvero a chiedersi se le tradizioni possono disporsi al cambiamento sopravveniente o sono da considerarsi metastoriche. Se si inclinerà per il riconoscimento di una *storicità delle tradizioni*, allora si potrà formulare un'ipotesi di

¹²⁰ A.K. Sen, *Elements of a Theory of Human Rights*, in «Philosophy & Public Affairs», 32 (2004) 4, pp. 315-356, p. 354.

¹²¹ A.K. Sen, *Elements of a Theory of Human Rights*, cit. pp. 348-355.

incontro tra culture che, in ossequio ai diritti umani universali, riesca a preservare le identità precipue, emendandone gli aspetti più oscuri.

Fino a questo momento l'analisi di Sen ha iniziato ad accompagnarci nella dimostrazione che i diritti umani e i valori (legati all'individualità, alla libertà, all'uguaglianza), considerati tipicamente prerogative occidentali, possono essere fatti afferire ad una radice universalmente assumibile e che le tradizioni vanno sì rispettate nella loro identità e diversità precipua, ma quest'ultima non va intesa come statica, giacché si dispone ad interpretare i diritti umani a partire dalla propria posizione. Ciò, rapportato alla presente argomentazione, implica che la tradizione africana, atteso il fondamento comune dei diritti umani, può decidere di preservare alcuni elementi della propria cultura e di rinunciare ad altri proprio mediante una decisione libera, ma condivisa attraverso la discussione pubblica e in forza della democrazia partecipativa; decisione che poi dovrà essere sostenuta da un riferimento normativo che garantirà ai singoli il rispetto dei diritti umani¹²².

Seppur, infatti, per Sen è indisconoscibile che «sull'impero della Coca-Cola o di MTV non tramonta mai il sole»¹²³, ovvero che il dominio dell'Occidente e dei suoi prodotti culturali è inarrestabile e va, inevitabilmente, a detrimento delle culture indigene che sono le prime ad essere minacciate, a suo avviso «tocca alla società stabilire se vuole fare qualcosa, e che cosa, per conservare – magari anche con un costo economico significativo – qualche vecchia forma di vita».

Il che rimanda di necessità alla questione delle *capacità* o *capacitazioni*:

«i diversi settori della società (e non solo i privilegiati) devono essere in grado di partecipare attivamente alla scelta delle cose da conservare (o da abbandonare). Non siamo certo obbligati a preservare, anche a caro prezzo, ogni stile di vita al tramonto; c'è però – per giustizia sociale – una reale necessità di mettere la gente in grado di partecipare, se lo vuole, a simili decisioni, che hanno carattere collettivo. Questa è un'altra ragione per considerare importanti alcune capacità elementari come il saper leggere e scrivere (grazie alla scuola di base), l'essere ben informati e aggiornati (grazie a dei media liberi) e l'avere possibilità realistiche di libera partecipazione alla

¹²² Per Sen ci sono diverse modalità per promuovere e riconoscere i diritti umani, in particolare l'economista individua tre approcci: 1. via del riconoscimento (*route of recognition*), approccio attraverso il quale una serie di rivendicazioni etiche sono riconosciute come diritti umani, ma non hanno forza normativa (si pensi alla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo). Tale approccio si spiega considerando che l'eticità di una rivendicazione è resa più forte nella prassi se le si conferisce un riconoscimento sociale.; 2. via della mobilitazione (*agitation route*) che si realizza nell'attività di controllo e azione svolta da organizzazioni internazionali sui diritti umani (Amnesty International, Human Rights Watch, etc.). I diritti difesi attraverso tali attività non hanno necessariamente forza legale, ma ciò non ne rende meno pregnante il messaggio; 3. via della legislazione (*legislation route*) secondo la quale i diritti umani ispirano la legislazione e sono iscritti in documenti aventi forza di legge. A.K. Sen, *Elements of a Theory of Human Rights*, cit., pp. 327-328.

¹²³ A.K. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, cit., p. 240.

vita politica (attraverso le elezioni, i referendum e l'uso, in generale dei diritti civili). I diritti umani, nel senso più ampio del termine, hanno a che fare anche con questo»¹²⁴.

2. *L'approccio delle capacità*

Sin dai suoi primi interventi l'economista indiano si colloca sulla scia del pensiero di Rawls, nella misura in cui recupera la critica di quest'ultimo all'*utilitarismo* dominante¹²⁵, ovvero di quella teoria secondo la quale le istituzioni e le pratiche sociali possono essere considerate giuste quando è massimizzato il saldo di soddisfazione degli individui. Dell'*utilitarismo* Sen condivide l'aspetto *conseguenzialista* – relativo, cioè, al valutare le azioni in base agli stati di cose che ne conseguono – che pur modifica¹²⁶, ma rifiuta il *welfarismo*, ovvero la teoria che ascrive al benessere (*welfare*), inteso come piacere, felicità, appagamento dei desideri o soddisfacimento delle preferenze un valore primario rispetto ad altri (elemento, questo, che le teorie utilitariste, del well-being e del libertarismo, ad es. di R. Nozick, hanno in comune), e la *massimizzazione*, secondo cui l'azione giusta è quella che produce massima utilità nella società (l'utilità collettiva è misurabile attraverso la somma delle utilità individuali secondo il metodo dell'*ordinamento-somma*), obiettando che siano in contrasto con i due valori essenziali della morale, ovvero la libertà e l'uguaglianza¹²⁷. Per Sen, infatti, la qualità della vita dei singoli e, dunque, anche il concetto di uguaglianza, si valuta sulla base di una molteplicità di variabili, ovvero sulle “capacità” degli individui di svolgere le “funzioni” loro proprie e sulla libertà che essi hanno di perseguire i propri piani di vita¹²⁸. Opponendo, così, al soggettivismo delle teorie del benessere la visione oggettiva dei “funzionamenti”, Sen mira all'effettiva tutela dei diritti umani.

Inoltre il pensiero di Sen differisce dalle teorie deontologiche, giacché queste fanno dipendere la valutazione delle azioni soltanto dal rispetto di determinati principi e doveri,

¹²⁴ Ivi, p. 242.

¹²⁵ J. Rawls, *Una teoria della giustizia*, cit., pp. 179-183.

¹²⁶ Su ciò cfr. S.F. Magni, *Etica delle capacità. La filosofia pratica di Sen e Nussbaum*, il Mulino, Bologna, 2006: sul tema si veda in particolare il terzo capitolo, dal titolo *Sen, il consequenzialismo e i diritti*, ivi, pp. 55-74.

¹²⁷ Cfr. A.K. Sen- B. Williams (ed. by), *Utilitarianism and Beyond*, Cambridge University Press, Cambridge, 1982; tr. it. *Utilitarismo e oltre*, tr. di A. Besussi, cura di S. Veca, Il Saggiatore, Milano, 2002, pp. 5-30.

¹²⁸ Sen critica l'utilitarismo sulla base del ragionamento relativo alle cosiddette “preferenze adattive”, secondo cui «la stessa concezione utilitaristica del benessere individuale non è particolarmente stabile, dato che può essere influenzata senza difficoltà dal condizionamento mentale e dalla disposizione all'adattamento». Non si può, infatti, trascurare che i nostri desideri e la nostra capacità di provare piacere si adattano alle circostanze, per cui spesso chi si trova in situazione di deprivazione permanente, adegua i propri desideri alla propria condizione esistenziale. Dunque per Sen è «necessaria una base informativa più ampia, incentrata sulla capacità degli esseri umani di scegliere il tipo di vita che più hanno motivo di apprezzare» (A.K. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, cit., pp. 67-68).

considerati come vincoli alle azioni, mentre la teoria normativa consequenzialistica di Sen ritiene che «per ottenere una valutazione globale della posizione etica di un'attività è necessario non solo esaminare il suo valore intrinseco (qualora esista), ma anche il suo ruolo strumentale e le sue conseguenze su altre cose, vale a dire esaminare le svariate conseguenze intrinsecamente dotate di valore o disvalore che questa attività può avere»¹²⁹.

Di tal che, lungi sia dall'utilitarismo per il quale non esistono diritti naturali, giacché essi sono considerati solo strumentali al raggiungimento di obiettivi, e lungi dal libertarismo, per il quale i diritti sono considerati fondamentali in sé, indipendentemente dalle conseguenze, per Sen una società giusta è quella che comprende tra i propri fini il rispetto dei diritti, ma non attribuisce loro un valore assoluto indipendentemente dalle conseguenze. Sen considera «i diritti come scopi» [*goal-rights system*] e riconosce loro un'influenza nella scelta delle azioni, attraverso «la valutazione dei conseguenti stati di cose»¹³⁰. Il vantaggio di tale approccio sta nella possibilità di valutare l'adequatezza delle politiche pubbliche a partire dall'analisi della presenza o meno delle *capacità* di realizzazione di tali diritti.

In altri termini, i diritti umani non precedono l'esistenza delle istituzioni, ma non per questo si appiattiscono sui diritti legali: essi rappresentano degli *scopi morali*, indipendentemente dagli interessi che hanno per oggetto. In questo modo Sen costruisce una teoria morale basata sui diritti di tipo consequenzialista in cui ciò che è veramente importante è che i diritti siano *concretamente realizzati*.

Inoltre Sen si propone di correggere la stessa teoria rawlsiana della “giustizia come equità”, esposta in particolare nel testo del 1971, *A Theory of Justice*, di cui vuole essere una risposta ed un correttivo. Per Rawls la priorità è da riconoscere alla libertà dei singoli i quali devono essere lasciati liberi di individuare obiettivi da perseguire secondo una definizione di bene individuale che varia da persona a persona: l'approccio rawlsiano tiene in considerazione i *beni primari* [*primary goods*] che rappresentano «ciò di cui persone libere ed eguali hanno bisogno in quanto cittadini»¹³¹. Per Sen, invece, anzitutto non bisogna

¹²⁹ Id., *On Ethics and Economics*, Basil Blackwell, Oxford, 1987; tr. it. *Etica ed Economia*, a cura di S. Maddaloni, Laterza, Roma-Bari, 2006⁵, p. 94.

¹³⁰ Id., *Rights and Agency*, in «Philosophy and Public Affairs», 11 (1982) 1, pp. 3-39, p. 18. La teoria dei diritti come obiettivi (*right as goals*) viene costruita in opposizione ai diritti intesi come vincoli collaterali (*rights as sideconstraints*) da R. Nozick. Cfr. Id., *Rights as Goals*, in «Archiv für Rechts und Sozialphilosophie», 1 (1984), pp. 12-25; Id., *Rights and Capabilities* (1984); tr. it. *Diritti personali e capacità*, in Id., *Risorse, valori, sviluppo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

¹³¹ J. Rawls, *Giustizia come equità. Una riformulazione*, cit., p. 68. Per Rawls si possono distinguere cinque tipi di questi beni: 1) I diritti e le libertà di base (libertà di pensiero, libertà di coscienza etc.). Tali diritti e libertà sono condizioni essenziali per lo sviluppo adeguato e l'esercizio pieno e informato dei due poteri morali, il primo dei quali consiste nell'avere il senso di giustizia, il secondo nell'avere la capacità di concepire il bene e di avere, rivedere e perseguire razionalmente una concezione del bene. 2) La libertà di movimento e la libera scelta dell'occupazione sullo sfondo di opportunità differenziate che permettano di perseguire un'ampia varietà di fini

focalizzarsi sui mezzi, ma sulla vita reale che la gente riesce a vivere e sulla libertà di costruire una vita cui si possa dare valore e, pertanto, non è la distribuzione delle risorse che costituisce uno spazio di valutazione adeguato per stabilire se una società sia giusta, ma, come detto, la *capacità* di scegliersi una vita a cui si dia valore. Il bisogno di risorse varia da individuo ad individuo come varia l'abilità di *convertire* tali risorse in funzionamenti, pertanto la teoria delle capacità si volge a ciò che i singoli sono in grado di fare, e non studia la distribuzione delle risorse, ma il modo in cui esse possano essere “funzionali” a rendere gli individui “capaci” di “funzionare” in modo pienamente umano. A differenza dell'approccio di Rawls che riconosce un ruolo prioritario ai mezzi per vivere bene, la teoria di Sen tiene conto «delle caratteristiche personali pertinenti, che governano la *conversione* dei beni principali in capacità di promuovere i propri scopi»¹³², ovvero dei fattori che Sen individua come influenti per trasformare le risorse disponibili in effettive condizioni di vita. Di tal che l'approccio delle capacità costituisce un indice di valutazione di ciò che per le persone ha valore, sensibile alle differenze in base alle quali gli esseri umani giudicano una vita degna di essere vissuta¹³³.

Difatti l'etica delle capacità da lui proposta si struttura sulla base di due concetti fondamentali:

1. Il concetto di *funzionamento* (*functioning*) ha radici aristoteliche e «riguarda ciò che una persona può desiderare – in quanto gli dà valore – di fare o di essere»¹³⁴: dunque si tratta di elementi «*costitutivi* dell'essere di una persona» che «possono variare da cose elementari come essere adeguatamente nutriti, essere in buona salute, sfuggire alla morbidità prevenibile e alla morte prematura, ecc. ad

e di rendere effettiva la decisione di rivederli e modificarli. 3) I poteri e le prerogative delle cariche e delle posizioni di autorità e responsabilità. 4) Il reddito e la ricchezza, intesi come mezzi per qualsiasi scopo (dotato di valore di scambio), indispensabile in generale per conseguire un'ampia gamma di fini dei tipi più vari. 5) Le basi sociali del rispetto di sé, cioè gli aspetti delle istituzioni di base indispensabili, normalmente, perché i cittadini abbiano vivo il senso del proprio valore come persone e possano perseguire i propri fini avendo fiducia in se stessi. (Ivi, p. 66). Secondo la critica di Sen a Rawls, pur essendo attento a rispettare il “pluralismo”, ovvero che persone differenti possono avere «differenti concezioni (permissibili) del bene, cioè dottrine comprensive il cui perseguimento non è escluso dai principi della giustizia politica» (J. Rawls, *Political Liberalism* (1993); tr. it. *Liberalismo politico*, cura di S. Veca, trad. di G. Rigamonti, Edizioni di Comunità, Milano, 1994, p. 160.), in effetti considera le persone come fondamentalmente simili e non riconosce adeguata importanza alle effettive diversità esistenti, nel tradurre le risorse in libertà effettivamente goduta di scegliere la vita che si ha motivo di apprezzare (A. Sen, *La disuguaglianza*, cit., pp. 122-125). Una persona disabile, ad esempio, può avere a disposizione una quota maggiore di beni primari (sotto forma di reddito, ricchezza, libertà) rispetto ad una persona perfettamente sana, ma minori possibilità (a causa dell'handicap), di convertire i beni primari in capacità di base, e quindi di sviluppare a pieno una vita degna di essere vissuta.

¹³² A.K Sen, *Lo sviluppo è libertà*, p. 79.

¹³³ Le differenze considerate da Sen sono: l'«eterogeneità delle persone»; le «diversità ambientali»; le «variazioni del clima sociale», le «differenze relative», la «distribuzione intrafamiliare». Ivi, pp. 74-75.

¹³⁴ Ivi, p. 79.

acquisizioni più complesse come essere felice, avere rispetto di sé, prendere parte alla vita della comunità, e così via»¹³⁵.

2. Il concetto di *capacità (capability)*¹³⁶ per Sen indica sia un aspetto costitutivo del soggetto agente che un suo potere interno e un'opportunità esterna data dalla presenza di condizioni esterne favorevoli e dalla mancanza di ostacoli¹³⁷. Per Sen, dunque, le capacità rappresentano in definitiva le possibilità di scegliere autonomamente tra una varietà di stili di vita alternativi. Il concetto di capacità verrà poi identificato con quello di *libertà*: per lui, infatti, se l'uomo ha la capacità di fare qualcosa vuol dire che è libero di farla. Sen distingue, inoltre, la libertà positiva (libertà di) da quella negativa (libertà da impedimenti esterni) che, però, non disgiunge nella misura in cui la prima implica la seconda¹³⁸. Pertanto la qualità della vita degli individui, come anche la giustizia di una società, è valutata sulla base dell'esistenza di determinate *wellbeing freedoms*, cioè non tenendo conto del raggiungimento di un determinato livello di benessere (o di funzionamenti), ma sulla base delle opportunità offerte ai singoli di scegliere di raggiungere un determinato tipo di benessere, di essere quello o fare questo. Per Sen, dunque, la capacità è una prerogativa dell'umano: tutti hanno la capacità di acquisire, ma non tutti hanno le stesse opportunità per perseguire determinati scopi.

Un altro concetto chiave del pensiero di Sen è quello di *agency*: la valutazione di ciò che una persona può fare coerentemente alla propria concezione del bene. Per l'economista indiano, infatti, gli individui che vivono in uno stato di estrema deprivazione non sono capaci di esercitare l'*agency*, ovvero la capacità di un individuo di agire secondo quanto egli ritiene sia giusto, pertanto l'obiettivo principale dello sviluppo, a suo avviso, è appunto quello di

¹³⁵ Id., *La disuguaglianza*, cit., p. 63.

¹³⁶ Id., *Commodities and Capabilities*, North Holland, Amsterdam, 1985.

¹³⁷ Spiega Sen: «La "capacitazione" di una persona non è che l'insieme delle combinazioni alternative di funzionamenti che essa è in grado di realizzare. È dunque una sorta di libertà: la libertà sostanziale di realizzare più combinazioni alternative di funzionamenti (o, detto in modo meno formale, di mettere in atto più stili di vita alternativi). Un benestante che digiuni, per esempio, può anche funzionare, sul piano dell'alimentazione, allo stesso modo di un indigente costretto a fare la fame, ma il primo ha un "insieme di capacitazioni" diverso da quello del secondo (l'uno può decidere di mangiar bene e nutrirsi adeguatamente, l'altro non può)» Id., *Lo sviluppo è libertà*, cit., p. 79.

¹³⁸ Id., *Individual freedom as social commitment*, in «The New York review of Books», (1990), tr. it. *La libertà individuale come impegno sociale*, Laterza, Roma-Bari, 1999, pp. 8-12. Difatti, per Sen le forme di *esclusione* e di *sofferenza*, riguardano non solo la mancanza o scarsità di mezzi o di funzionamenti, ma anche le reali opportunità di realizzare con questi mezzi autonomi progetti di vita: in effetti per soddisfare i propri bisogni fondamentali non basta la libertà dal bisogno, ma anche la capacità effettiva della persona di fare le cose che ritiene di valore, dunque la libertà di scelta (esempio dello schiavo), come, per altro verso, essere liberi di scegliere, senza essere liberi dal bisogno è impossibile (esempio dell'indigente). Se si vuole rispettare la vita umana in tutto il suo valore, si deve, dunque, dar vita ad un assetto sociale in cui siano considerate sia la libertà dal bisogno, sia la libertà di scelta.

espandere le *capacità* dei singoli e supportare l'*agency* di ciascuno¹³⁹. Secondo Sen le politiche di sviluppo volte a promuovere l'espansione dell'*agency* vedrebbero gli individui, cui vengono date tutte le opportunità, coinvolti attivamente nella creazione del proprio destino (il che non vuol dire necessariamente accrescere il benessere del singolo) e non come recettori passivi delle conseguenze delle politiche delineate da altri.

Per tali ragioni l'approccio delle capacità sembra il più adatto a costruire un universalismo delle differenze, in grado di superare sia i limiti della tradizionale concezione liberale dell'individuo, come soggetto astratto avulso dal contesto sociale in cui vive, sia i limiti della concezione comunitarista, secondo la quale la nostra identità individuale sarebbe determinata dalla *scoperta* di far parte di una comunità con dei valori e dei costumi ben precisi, da cui non ci si può sottrarre. Questo perché, da un lato, il paradigma delle capacità tiene conto delle differenze, delle singolarità, delle diversità che caratterizzano ciascuno, dall'altro perché esso ritiene che l'identità non sia una scoperta irreversibile derivante dall'appartenenza ad una precisa comunità, ma una *scelta* mai definitiva, sempre diveniente, formulata da un soggetto capace di determinarsi¹⁴⁰.

Pertanto l'approccio delle capacità consente di considerare i diritti umani in termini di *capacità di conseguire funzionamenti di valore*, dal che addiviene più chiaro come garantirli, ovvero rendendo i singoli individui capaci di esercitarli. Difatti tale approccio, prendendo in considerazione i deficit nei funzionamenti e, soprattutto, garantendo a ciascuno di scegliere la vita che desidera (nella misura in cui prende in considerazione la *capacità* effettiva della persona di fare le cose che ritiene di valore), minimizza la sofferenza socialmente evitabile¹⁴¹. Di tal che le *capacità* possono essere intese come il "*minimo comune denominatore*" dei *diritti umani*: esse sono infatti da garantire a tutti gli individui senza nessuna distinzione, al fine di tutelare ogni persona dalle cause di sofferenza socialmente evitabile e di privazione che possono derivare sia da trattamenti ingiusti e disumanizzanti che impediscono di godere dei funzionamenti di base, sia dalle circostanze che impediscono a ciascuno di scegliere una vita che considera degna di essere vissuta.

Dunque s'intende che la garanzia dei diritti umani, pur essendo sovrastatale, non può prescindere dal farsi di pertinenza anche delle politiche statali le quali solo se prima mettono i singoli nelle condizioni di "funzionare in modo pienamente umano", minimizzando la

¹³⁹ Id., *Well-being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984*, in «Journal of Philosophy», (1985) 82, pp. 169-221, ivi, p. 206.

¹⁴⁰ Sulla distinzione tra scoperta e scelta dell'identità vedi: Id., *Choice, welfare and measurement*, Basil Blackwell, Oxford, 1982; tr. it. *Scelta, benessere, equità*, Il Mulino, Bologna, 1986.

¹⁴¹ Id., *Identità, povertà, diritti umani*, in A.K. Sen, S. Maffettone, P. Fassino, *Giustizia globale*, il Saggiatore, Milano, 2006.

sofferenza socialmente evitabile, potranno assicurare a tutti i cittadini quei diritti, ma è evidente che se prima le capacità non sono garantite, non potranno esserlo tantomeno i diritti.

È manifesta, dunque, la ragione per la quale la teoria di Sen è stata individuata come particolarmente funzionale agli scopi del presente lavoro: non solo perché fornisce una proposta particolarmente interessante per garantire l'universalità dei diritti umani, considerati come esigenze morali da assicurare normativamente e passibili di mutamento storico e interazione culturale, ma perché, tenendo conto anche della diversità e particolarità delle singole culture, ci consente di affrontare dal punto di vista speculativo il tema portante della presente ricerca, ovvero l'approccio terapeutico tradizionale alla malattia nei Paesi in via di sviluppo che si declina in una versione "accettabile" delle cure, analizzata nella prima sezione, e di una "inaccettabile", perché confliggente con i diritti umani, discussa nella seconda parte dello studio. L'approccio delle capacità, infatti, consente un'approssimazione al tema della cura nei Paesi in via di sviluppo non solo perché riflette sulla possibilità di intendere in maniera universale diritti umani e principi come quello dell'autodeterminazione (ad es. rispetto al consenso informato) e di altri che solitamente si fanno afferire all'universo culturale occidentale e si considerano non assumibili per i contesti in cui la comunità precede il singolo e poi perché permette di inquadrare la condizione dei disabili, delle donne e, in generale, degli esclusi a causa della cultura tradizionale che, secondo quell'approccio possono ritrovare una possibilità di riscatto e di vita che li valorizzi a partire dalle loro stesse capacità.

A questo punto bisogna dunque chiedersi se sia meglio adoperare il concetto di capacità umane come parametro di riferimento per la valutazione etica della qualità della vita, oppure se sia auspicabile stilare un *elenco* delle capacità umane fondamentali da attribuire ad ogni individuo, come ha tentato di fare la filosofa americana Martha Nussbaum.

Ella, infatti, condivide con Sen l'idea dell'universalità dei diritti umani e, nel suo costruire una base filosofica dell'approccio delle capacità teorizzato da Sen, chiarisce che quell'approccio è «parente stretto del movimento internazionale per i diritti umani», anzi ne è una sua «fattispecie». La Nussbaum sostiene infatti che, seppure il movimento per i diritti umani ha origine in Occidente, accogliere le prescrizioni di tale movimento come principali *obiettivi umani* non significa affatto rafforzare la subordinazione delle culture non occidentali all'ideologia occidentale. Dice infatti la Nussbaum «l'agenda dei diritti umani afferma l'uguale valore e la pari dignità di tutte le persone. L'idea di uguale valore non è

peculiarmente occidentale, e certo non è imperialista. Il programma dei diritti umani è l'alleato dei deboli contro i forti»¹⁴².

L'autrice difende, dunque, un «approccio normativo universalistico»¹⁴³, considerandolo come il più adeguato sia a fondare un'idea di diritti umani universali sia a valutare la qualità della vita delle persone.

Difatti la teoria di Sen viene integrata dalla Nussbaum nella misura in cui se l'economista indiano lascia aperta l'individuazione di *quali funzionamenti e quali capacità* considerare rilevanti (la scelta viene ascritta all'accordo tra individui interessati, nel rispetto della pluralità delle valutazioni individuali), la filosofa americana intende che l'approccio delle capacità così come è formulato corre il rischio di essere troppo generico e, quindi, di non essere una concezione *normativa* efficace, di non riuscire a guidare le questioni di etica pubblica, dal che deriva la sua proposta di approfondirne la specificazione¹⁴⁴.

A differenza della teoria di Sen, l'approccio della Nussbaum si presenta come una teoria di carattere non consequenzialista: la realizzazione di un insieme di capacità fondamentali è un principio *normativo* in grado di determinare il valore dell'azione, indipendentemente dalle conseguenze.

Il fondamento filosofico dell'approccio delle capacità, come accennato, è il concetto aristotelico di essere umano e del cosiddetto liberalismo aristotelico per il quale la definizione dell'uomo come *animal rationale* si estende a quella di *animale con bisogni*, pertanto ogni considerazione dei diritti, della libertà, della dignità umana deve fare i conti con la condizione di bisognosità e dipendenza in cui i soggetti si trovano. Allo stesso tempo, sempre con

¹⁴² M.C. Nussbaum, *Creating Capabilities. The Human Development Approach*, Cambridge (Mass.)-London, The Belknap Press of Harvard University Press, 2011; tr. it. *Creare capacità*, a cura di R. Falcioni, il Mulino, Bologna, 2012, pp. 99-102.

¹⁴³ Id., *Women's Capabilities and Social Justice*, «Journal of Human Development», 1 (July 2000) 2, pp. 219-247; tr. it. *Libertà delle donne e giustizia*, in *Giustizia sociale e dignità umana, Da individui a persone*, a cura di E. Greblo, introduzione di C. Saraceno, il Mulino, Bologna, 2002, pp. 51-103, ivi, p. 57.

¹⁴⁴ M.C. Nussbaum- A. Sen. *The Quality of Life*, Clarendon Press, Oxford, 1993. La Nussbaum spiega il motivo della lista e chiarifica in cosa il suo approccio si diversifica rispetto a quello di Sen: «a volte Sen tratta l'argomento come se tutte le capacità fossero preziose zone di libertà e come se il compito generale della società dovesse essere la massimizzazione della libertà stessa. Egli parla di una "prospettiva di libertà" – come se la libertà fosse un bene sociale generale, polivalente, di cui le singole capacità sarebbero semplici esempi (...). La mia versione dell'approccio utilizza l'idea delle capacità come nocciolo di una teoria della giustizia sociale minima e del diritto costituzionale. Perciò c'è bisogno di una lista specifica di capacità centrali. Nello stesso tempo propongo alcuni principi politici che possono essere usati come base per la definizione di un insieme di diritti costituzionali fondamentali: dopotutto, l'approccio che io sostengo ha strettamente a che fare con la costruzione del diritto e della nazione. Perché, dunque, non accettare la soluzione di Sen, cioè parlare della libertà come di un bene generale e lasciare a ciascuna nazione il compito di selezionare le specifiche capacità che la sua struttura costituzionale dovrà garantire? Un approccio come questo non sarebbe forse più rispettoso delle scelte democratiche di un popolo? Naturalmente sono d'accordo che a nazioni democratiche non andrebbe imposto nulla dall'esterno: la mia proposta mira alla persuasione, mentre il problema dell'applicazione è un'altra questione ancora. La domanda deve essere: perché cercare di giustificare un unico insieme di capacità a livello internazionale, sostenendo che possono valere per tutte le nazioni? Perché, invece, non limitarsi a raccomandare l'idea generale di libertà?». M.C. Nussbaum, *Creare capacità*, cit., pp. 72-73.

Aristotele ma anche con Marx, la Nussbaum sostiene che alcune *funzioni* sono particolarmente essenziali perché si dia vita *umana*: esse rappresentano la modalità specificamente umana mediante la quale i bisogni si esprimono e vengono soddisfatti¹⁴⁵.

Pertanto, in accordo con Sen, la filosofa americana considera le capacità (e non la soddisfazione o la distribuzione di risorse¹⁴⁶) come elementi fondamentali per valutare la qualità della vita degli individui¹⁴⁷: solo la società in cui ogni individuo è messo nelle condizioni di vivere in modo veramente umano sarà considerata giusta. A tal fine l'autrice si avvale dell'idea di *soglia* in forza della quale si può sostenere che al di sotto di un certo livello di capacità la vita non è considerabile umana o dignitosa, mentre al di sopra del limite, pur trattandosi di "vita umana", potrebbe ancora non essere ritenuta "buona".

La proposta della Nussbaum collega i diritti umani a un numero minimo di *capabilities*, ossia di circostanze che mettono gli esseri umani nelle condizioni di vivere una

¹⁴⁵ M.C. Nussbaum, *Women and Human Development. The Capabilities Approach*, Cambridge University Press, Cambridge-New York, 2000; tr. it. *Diventare persone. Donne e universalità dei diritti*, a cura di W. Mafezzoni, il Mulino, Bologna, 2001, pp. 92-93: «Come dice Aristotele "la nobiltà traspare": Queste reazioni ci spingono a proteggere ciò che nelle persone ci riempie di rispetto. Consideriamo la persona, proprio perché caratterizzata da attività, mete, progetti, in qualche modo capace di suscitare un rispetto che trascende l'azione meccanica della natura, eppure bisognosa di sostegno per portare a compimento molti progetti importanti. In casi estremi possiamo ritenere che l'incapacità di esercitare una funzione fondamentale è così acuta da rendere la persona non più un essere umano, come nel caso di forme acute di malattie mentali o di demenza senile; ma sono meno interessata a quel limite (per quanto esso sia importante all'etica medica) che a una soglia superiore, il livello cioè in cui la capacità di una persona diventa ciò che Marx chiamava "veramente umano, cioè degno di un essere umano. È da notare che l'idea contiene, quindi, un riferimento all'idea di valore umano o dignità». Per quanto concerne il riferimento della Nussbaum al pensiero politico di Aristotele, il quale già stabiliva che coloro che predispongono le strategie politiche non possono non tener conto della distribuzione di beni nella società e della qualità della vita della popolazione, che non considerava la ricchezza il bene ultimo da perseguire, bensì un bene da cercare in vista di qualcos'altro (ad esempio ciò vuol dire che nei Paesi in via di sviluppo le risorse dovrebbero essere allocate per promuovere ad esempio la salute), si vedano: M.C. Nussbaum, *Nature, Function and Capability: Aristotle on Political Distribution*, in G.J. Annas – R. Grimm (ed. by), *Oxford Studies in Ancient Philosophy*, Clarendon Press, Oxford, 1988; tr. it. *Capacità personale e democrazia sociale*, a cura di G. Zanetti, Diabasis, Reggio Emilia, 2005; Id., *The Good as Discipline, the Good as Freedom*, in D. Crocker – T. Linden (a cura di), *Ethics of Consumption*, Rowman and Littlefield Publishers, Lanham, 1998; Id., *Creare capacità*, cit., pp. 119-124.

¹⁴⁶ «Non vi è dignità umana non solo quando non vi è abbastanza da mangiare; o quando non vi è libertà di lavorare e di non essere dipendenti da un marito o da una famiglia autoritari e violenti; o quando non è possibile associarsi per difendere i propri interessi, o praticare la propria religione; o quando la propria incolumità fisica è messa quotidianamente a repentaglio dall'uso della forza da parte di altri. Non vi è dignità umana, e possibilità di libertà, quando è negata l'istruzione che nutre la ragione e fa maturare il pensiero. Ed anche quando la possibilità dell'immaginazione e la capacità di gioco vengono spente perché non sono state nutrite quando era necessario: come succede a molte bambine nei Paesi in via di sviluppo, solo perché bambine, ma anche a molti bambini, maschi e femmine, in Paesi segnati da così forti disuguaglianze sociali (e non solo da uno sviluppo economico insufficiente) da considerare i bambini più poveri come semplice forza lavoro da fruttare il più possibile, il più precocemente possibile» C. Saraceno, *Introduzione: Pensare i bisogni e vedere le relazioni per argomentare la giustizia*, in M.C. Nussbaum, *Giustizia sociale e dignità umana*, cit., pp. 7-23, ivi, p. 9 (corsivo mio).

¹⁴⁷ «La domanda fondamentale che si pone il metodo delle capacità non è "Vasanti è soddisfatta?" o "Quante risorse controlla?". È invece "che cosa è in grado di fare e di essere Vasanti?". Prendendo posizione, a fini politici, sull'elenco delle funzioni che sembrerebbero di fondamentale importanza per la vita umana, ci chiediamo: la persona in questione è capace di questo o no? Chiediamo non solo se è soddisfatta di ciò che fa, ma cosa fa e cosa può fare (di quali opportunità e libertà gode). E ci interessano non solo quali risorse la circondano, ma in che modo entrino in azione, permettendo a Vasanti di agire in modo pienamente umano». M.C. Nussbaum, *Diventare persone*, cit., pp. 90-91.

vita degna di essere vissuta, e cioè una vita che manifesta in atto i funzionamenti caratteristici della natura umana. A tale scopo anzitutto distingue le capacità in tre gruppi:

1. capacità *fondamentali* appartengono all'uomo in quanto tale e sono la base per sviluppare quelle più avanzate (parlare, ragionare, vedere ...);
2. capacità *interne* comportano il raggiungimento di uno stato di sviluppo della persona senza il supporto dell'ambiente esterno (parlare una lingua);
3. capacità *combrate*: sono capacità *interne combinate con condizioni esterne* favorevoli al loro esercizio (rispetto alla presente trattazione ad es. un malato beninese ha la capacità interna di fare una famiglia e dei figli, ma non le capacità combinate di farlo, perché la sua tribù non glielo consente dal momento che per motivazioni religiose e tradizionali lo etichetta come *sorcier* e lo esclude)¹⁴⁸.

La Nussbaum, inoltre, supera Sen nella misura in cui si impegna ad individuare il modo in cui le capacità possono ispirare i principi costituzionali che i cittadini hanno il diritto di chiedere ai propri governi. Difatti dopo aver distinto le capacità, la Nussbaum elabora una lista di *capacità combinate*¹⁴⁹ che, come detto, consente di valutare lo standard di vita di una popolazione ed è, allo stesso tempo, obiettivo politico di un governo, nel senso che fornisce «una base di principi politici fondamentali che dovrebbero sostenere le garanzie costituzionali»¹⁵⁰, giacché, a suo avviso, «se è vero che una società non è giusta a livello minimo a meno che non garantisca alle persone le precondizioni di una vita all'altezza della dignità umana, allora spetta agli attori politici capire ciò di cui quel tipo di vita necessita (...). Una costituzione scritta è un modo agevole di rendere espliciti tali diritti e garantirli contro i capricci della maggioranza»¹⁵¹.

La lista delle capacità funzionali umane fondamentali prevede dieci voci¹⁵², che vanno dalla capacità di condurre una vita dalla *durata* normale (ovvero di non morire prematuramente), alla capacità di essere in buona salute, sino all'appartenenza, cioè alla capacità di vivere nel gruppo, di partecipare alle scelte politiche etc., elementi che, a ben

¹⁴⁸ Ivi, pp. 102-103. M.C. Nussbaum, *Giustizia sociale e dignità umana*, cit., p. 80.

¹⁴⁹ M.C. Nussbaum, *Diventare persone*, cit., pp. 97-99.

¹⁵⁰ Ivi, p. 90.

¹⁵¹ M.C. Nussbaum, *Creare capacità*, cit., p. 74.

¹⁵² M.C. Nussbaum, *Diventare persone*, cit. p. 97-99. L'autrice indica quali capacità umane fondamentali: *vita*, ovvero la capacità di condurre una vita dalla durata normale; *salute fisica*, cioè la capacità di essere in buona salute e ben nutriti; *integrità fisica*, cioè la capacità di disporre del proprio corpo; *sensi, immaginazione e pensiero*, cioè la capacità di far uso dei sensi, dell'immaginazione e del pensiero, usufruendo di un'istruzione adeguata; *emozioni*, cioè la capacità di provare emozioni, affetto e amore; *ragion pratica*, cioè la capacità di compiere scelte etiche consapevoli; *appartenenza*, cioè la capacità di vivere in comune con altri e di godere delle basi sociali del rispetto di sé; *altre specie (non-umane)*, cioè la capacità di vivere in relazione con le altre specie; *gioco*, cioè della capacità di ridere e giocare; *controllo del proprio ambiente politico e materiale*, cioè la capacità di partecipare alle scelte politiche, di avere proprietà e lavoro. Cfr. anche Id., *Libertà delle donne e giustizia*, in *Giustizia sociale e dignità umana*, cit., pp. 75-77.

vedere, sono negati a tutti quegli esclusi dalla cittadinanza e dall'appartenenza alla comunità dalle tribù beninesi, descritti nella seconda sezione.

Secondo la Nussbaum la lista di capacità può avere un ampio consenso multiculturale¹⁵³, nel senso che le persone possono condividerla come concezione politica della giustizia¹⁵⁴, senza dover aderire ad un'unica dottrina comprensiva del bene. L'elenco, infatti, ha lo scopo di individuare «la base per determinare un minimo sociale accettabile»¹⁵⁵ per condurre una vita dignitosa, ma non pretende di essere una teoria della giustizia completa né definitiva dal momento che quella lista resta aperta ad eventuali modifiche ed integrazioni. Insomma considerare il concetto di *capacità umane* come criterio di riferimento per la valutazione etica sulla qualità della vita, sembra essere la strada più efficace per minimizzare la sofferenza socialmente evitabile.

L'approccio delle capacità viene considerato da Nussbaum come «una specie di approccio dei diritti umani»¹⁵⁶:

¹⁵³ Del multiculturalismo l'autrice si occupa anche in M.C. Nussbaum - G.E. Rusconi - M. Viroli (a cura di), *Piccole patrie grande mondo*, Donzelli, Roma, 1995.

¹⁵⁴ Qui il riferimento della Nussbaum è J. Rawls, *Liberalismo politico*, cit., p. 132. Secondo la Nussbaum, le capacità fondamentali hanno la stessa funzione dei primary goods di Rawls dal momento che costituiscono un punto d'incontro tra persone di differenti culture e con differenti concezioni di giusto, di bene e di ciò che è necessario al raggiungimento di una vita dignitosa. Cfr. anche M.C. Nussbaum, *Capabilities and Human Rights*, in «Fordham Law Review», 66 (1997) 2, pp. 273-300.

¹⁵⁵ M.C. Nussbaum, *Diventare persone*, cit., p. 94. La lista «viene presentata con lo stesso spirito politico-liberale come un elenco che si può sostenere per fini politici, come base morale per le garanzie costituzionali fondamentali, da persone che hanno valutazioni diverse sulla qualità della vita. In parte, come vedremo, si tratta di una lista di capacità di funzionamento, piuttosto che di funzioni reali; in parte perché questo elenco garantisce alle persone spazi in cui perseguire altre funzioni che considerano valide. L'elenco fornisce la struttura portante dei principi politici che possono essere incorporate nelle garanzie costituzionali. A questo scopo isola quelle capacità umane che si può credibilmente sostenere siano di importanza centrale per ogni vita umana, qualunque cosa una persona persegua o scelga. Le capacità fondamentali non sono semplicemente strumentali a ulteriori conquiste: sono considerate valide in se stesse, nel rendere pienamente umana la vita che le include (...). A mio giudizio la struttura delle istituzioni sociali e politiche dovrebbe essere scelta, almeno in parte, con l'intenzione di promuovere come minimo un livello di soglia di queste capacità umane». Ibidem.

¹⁵⁶ Id., *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*, Harvard University Press, Cambridge, 2006, tr. it *Le nuove frontiere della giustizia*, a cura di C. Faralli, Il Mulino, Bologna, 2007, p. 95. Spiega Greblo: «Ora, come l'approccio dei diritti umani, l'approccio delle capacità è una teoria parziale della giustizia umana, che nella versione di Nussbaum si specifica sia attraverso la lista delle capacità fondamentali, sia attraverso una soglia minima che dovrebbe essere fatta propria da tutti i Paesi. Come nell'approccio dei diritti umani, l'aspetto universalistico è centrale: le capacità in questione vanno ritenute importanti per ciascun cittadino in ciascuna nazione, poiché ogni persona deve essere trattata come un fine. L'argomento favorevole a un insieme di norme trasversali alle culture e contrario alle posizioni dei relativisti culturali isola quelle capacità umane che si può credibilmente sostenere siano di importanza centrale per ogni vita umana, qualunque cosa una persona decida di scegliere o di perseguire. Come nell'approccio dei diritti umani, le capacità definiscono valori non strumentalizzabili: le capacità fondamentali non sono semplicemente strumentali ai fini di ulteriori conquiste, ma sono considerate valide in se stesse, nel rendere pienamente umana la vita che le include. Come nell'approccio dei diritti umani, si sottolinea che ogni essere umano è titolare di diritti verso quei beni che rappresentano la realizzazione delle caratteristiche che rendono buona una vita, che non pretendono di "fondarsi su alcuna fonte che sia esterna a quelle che sono le effettive autointerpretazioni e autovalutazioni degli esseri umani nella storia", e che assegnano all'umanità in genere il dovere di realizzarli. Come l'approccio dei diritti umani, l'approccio delle capacità è incentrato sulle nazioni, suggerisce che la lista delle capacità debba essere impiegata su scala globale come criterio di giustizia sociale e debba essere incorporata nelle singole carte costituzionali. E, come accade ai documenti sui diritti umani, definisce obiettivi per l'intera comunità in-

«sia per Sen sia per la Nussbaum, l'approccio delle *capacità* deve essere supportato dalla forza dei diritti. Collegare la lista delle *capacità* con i diritti umani di contenuto relativo costituisce in parte una scelta retorica, ma riflette anche la precisa decisione teorica di enfatizzare il legame di tale approccio con le teorie liberali fondate sui diritti. La Nussbaum sostiene che i diritti assolvono le seguenti funzioni: dare importanza alle *capacità*, sottolineare l'enfasi posta sulla scelta e sull'autonomia degli individui, e infine offrire un terreno di accordo tra i soggetti. Per Sen e la Nussbaum, però, i diritti umani (e i diritti in generale) non sono considerati soltanto in maniera strumentale, ma anche come fini in se stessi»¹⁵⁷.

Anche se non è possibile stabilire univocamente se i diritti siano una conseguenza o una condizione delle capacità, la riflessione di Sen e Nussbaum si basa sul *soggetto*, sulla persona che deve rivendicare delle sue prerogative e non sulle prerogative stesse o sui diritti precipui: non si tratta di riconoscere alla persona dei diritti, ma di stabilire che quella persona per essere tale e per funzionare come tale ha bisogno che le siano riconosciute quelle prerogative sue proprie. Col che, invero, il *capability approach* si apre all'accusa mossa alla teoria dei diritti umani di riflettere la concezione individualistica del diritto occidentale che, invece, attraverso di esso si credeva di fugare.

In effetti, di contro alle teorie che separano la “sfera pubblica” dalla “sfera privata” ed escludono quest'ultima dal discorso sui diritti umani, sviluppando la teoria di Sen, la Nussbaum propone interessanti considerazioni sull'importanza di un approccio che renda «ogni persona portatrice di valore e fine in sé». Infatti sottolinea l'autrice che «sarebbe insufficiente limitarsi a promuovere il bene “della comunità” o “della famiglia”, lasciando che rimangano immutate rilevanti asimmetrie di capacità tra i singoli membri della comunità o della famiglia». Per l'autrice sono le donne e le categorie più deboli, come i disabili «che più hanno da perdere quando ci si limita a promuovere il bene del gruppo in quanto tale, senza rimettere in discussione le sue gerarchie interne di potere e di opportunità»¹⁵⁸. L'autrice, infatti, sposta l'accento sugli individui non come appartenenti ad un gruppo, ma come esseri

ternazionale e per l'intera umanità. Infine, definendo i diritti come capacità combinate Nussbaum intende sottolineare quanto peso abbia la messa in atto di politiche sociali in grado di intervenire sul terreno delle capacità per ampliare l'ambito della libertà positiva. Se definiamo i diritti come capacità combinate, il diritto nominale di partecipazione politica non risulta garantito, per esempio, solo perché sancito a livello costituzionale: esso diviene effettivo soltanto in presenza di quelle concrete misure politiche e sociali che rendono le persone realmente capaci di esercitare i propri diritti politici. In questo senso, l'approccio delle capacità permette di delineare una prospettiva suscettibile di determinare che cosa effettivamente significhi assicurare un diritto a qualcuno». E. Greblo, *Capacità e diritti umani*, cit., pp. 581-582. L'autore si riferisce a M.C. Nussbaum, *Human Functioning and Social Justice: In Defense of Aristotelian Essentialism*, in «Political Theory», 2 (1992) 20, pp. 202-246, ivi, p. 215; Id., *Le nuove frontiere della giustizia*, cit., p. 309;

¹⁵⁷ M. Errico, *Diritti umani e culture altre*, cit., p. 131.

¹⁵⁸ Id., *Giustizia sociale e dignità umana*, cit., p. 79. Per un esame critico delle posizioni di M.C. Nussbaum cfr. A. Rossi-Doria, *Diritti umani e diritti delle donne*, in «Contemporanea», 4 (ottobre 2004), pp. 531-553; C. Botti, *Femminismo e differenza culturale*, in Id., *Le etiche della diversità culturale*, Firenze, Le Lettere, 2013, pp. 103-132.

umani singolari e su ciò che è loro necessario in concreto, sicché le loro capacità possano essere sviluppate almeno fino al raggiungimento di una soglia minima e possano essere effettivamente esercitate, ovvero tradursi in funzionamenti, se le persone lo desiderano. La Nussbaum ritiene infatti che ciascuno debba perseguire individualmente dette capacità, il che implica che il bene del gruppo (ad es. di una comunità familiare) non è accettabile se non consente un vantaggio per ciascuno dei suoi membri presi singolarmente. Subordinare la capacità di alcuni al benessere complessivo del gruppo significa ostacolare l'estensione a tutti i suoi membri di un adeguato grado di libertà individuale nel realizzare il modello di vita che si è scelto. Ciò è particolarmente interessante rispetto alla questione delle tradizioni di cura beninesi per le quali, come si è visto, il benessere e la salute del gruppo era anteposta a quella del singolo, dal che ne seguiva per quest'ultimo la contrazione, quando non la negazione, delle capacità.

Rispetto alla critica surriportata, invero, è un dato di fatto incontestabile che l'approccio delle capacità rimarchi la dimensione individualistica, tuttavia quel che è improprio è equiparare di necessità tale riconoscimento del singolo con la prospettiva occidentale: i diritti individuali non sono forme di regolazione sociale solo occidentali, ma possono essere sostenuti da prospettive diverse. È la stessa Nussbaum a trovare una risposta a detto quesito: «il linguaggio delle capacità ci permette di superare questo fastidioso dibattito: parlando semplicemente di quello che le persone sono di fatto in grado di fare e di essere, noi non diamo nemmeno l'impressione di privilegiare un'idea occidentale»¹⁵⁹.

L'approccio delle capacità consente di aggirare il *fastidioso dibattito* circa lo statuto "occidentale" dei diritti umani nella misura in cui, a ben vedere, l'interrogazione sulle capacità delle persone, sui loro funzionamenti e sui criteri di valutazione inerenti sono una caratteristica tipica di *ogni* cultura e non sono perciò inscrivibili in una particolare tradizione storica o culturale.

Sulla linea di Sen, la Nussbaum, rispetto alle presunte differenze tra valori occidentali e orientali, volgendosi in particolare all'analisi della donna nella cultura indiana, riprende tre argomenti tipici, quello *basato sulla cultura*, il quale sottolinea che nella cultura indiana sia insita una forma di «modestia femminile» basata sui principi di rispetto ed obbedienza; quello *basato sul bene della diversità*, che rimarca il pluralismo negando l'accordo su categorie e valori, ed, infine, l'*argomento paternalistico* che vede nel riferimento a norme universali una

¹⁵⁹ M.C. Nussbaum, *Diventare persone*, cit., p. 118.

limitazione della libertà individuale¹⁶⁰. A ciò la Nussbaum risponde – chiarendo molti punti fondamentali per i scopi del presente lavoro – :

«Non dovremmo eliminare la diversità, o metterla in pericolo, senza una validissima ragione, ma, considerando il fatto che alcune consuetudini sono nocive e malefiche, e altre attivamente ostili agli elementi di una cultura diversa, siamo costretti dal nostro interesse per la diversità stessa a sviluppare una serie di criteri con cui misurare le consuetudini che troviamo, chiedendoci quali siano accettabili e degne di essere preservate e quali no»¹⁶¹.

Come visto, infatti, l'approccio delle capacità individua delle caratteristiche che conferiscono valore alle vite delle persone e contribuiscono a fissare il significato e il riferimento della nozione di essere umano, riferendosi a universali «agevolanti invece che tirannici», nel senso che mirano a «creare spazi favorevoli alla scelta piuttosto che forzare le persone a rientrare in un auspicato modello di totale funzionamento»¹⁶². Le *conditions of agency*, come la vita e l'integrità fisica, il linguaggio e la ragione, la capacità sociale e quella politica sono prerogative a cui nessun essere umano può rinunciare e che acquistano carattere vincolante solo nelle pratiche vigenti all'interno di determinate forme culturali di vita. Di tal che il lessico delle capacità si rende immune dalle chiusure etnocentriche e, di conseguenza, dal rischio di relativismo, disponendosi piuttosto al *pluralismo*.

L'approccio delle capacità si apre al pluralismo morale e culturale sia perché assumere le *capacità* come spazio di valutazione della qualità della vita degli individui richiede il riconoscimento dell'esistenza di una pluralità di principi morali e poi perché per trasformare le risorse in *capacità* e *funzionamenti* bisogna considerare le diversità tra i singoli individui e il fatto che le società e le culture offrono loro opportunità diverse¹⁶³. Dispone al pluralismo la lista della capacità anche il fatto stesso di essere provvisoria e aperta a revisioni, esito di un *accordo trasversale* tra le culture che tiene conto dei singoli e delle loro circostanze particolari. Del resto si tratta di una concezione morale parziale che può essere accettata da visioni del mondo diverse sulla base di un *consenso per intersezione*, giacché non si propone come dottrina depositaria del vero, ma si limita a enunciare principi compatibili con le varie concezioni relative al significato e allo scopo ultimo della vita.

La Nussbaum espone in maniera assai chiara gli obiettivi della sua versione dell'approccio delle capacità:

«Lo scopo del progetto nel suo insieme è fornire la base filosofica a un esame di principi costituzionali fondamentali che dovrebbero essere rispettati e implementati dai governi di tutti i

¹⁶⁰ Ivi, pp. 61-79.

¹⁶¹ Ivi, p. 79.

¹⁶² Ibidem.

¹⁶³ J. Alexander, *Capabilities, Human Rights and Moral Pluralism*, in «The International Journal of Human Rights», 84 (2004), pp. 451-469.

Paesi, quale minimo essenziale richiesto dal rispetto della dignità umana. Sosterrò che l'approccio migliore a questa idea di minimo sociale fondamentale è quello fornito da un atteggiamento centrato sulle *capacità umane*, ossia su ciò che le persone sono effettivamente in grado di fare e di essere – avendo come modello l'idea intuitiva di una vita meritevole della dignità che spetta agli esseri umani. Individuerò inoltre una lista delle *capacità umane fondamentali*, collocandole nel contesto di un certo tipo di *liberalismo politico* che fa di esse altrettanti obiettivi politici specifici e le presenta in una prospettiva libera da ogni specifica fondazione metafisica. Ritengo che in questo modo le capacità possano essere oggetto di un *consenso per intersezione* tra persone che altrimenti hanno diversissime concezioni globali di ciò che è bene. Sosterrò che le capacità in questione dovrebbero essere perseguite per ogni persona individualmente, trattando ciascuno come fine e non come semplice mezzo per fini altrui (...). Infine il mio approccio si avvale dell'idea della *soglia di livello per ogni capacità*, livello al di sotto del quale si ritiene che un vero funzionamento umano non sia accessibile ai cittadini; il fine sociale dovrebbe quindi venire inteso come le condizioni che rendono possibile di far superare questa soglia di capacità ai cittadini»¹⁶⁴.

Si intende allora che il *capability approach* aiuta a disincentivare i timori rispetto al sostrato morale dei diritti umani – che si è detto essere tacciabile di occidentalità e non giuridificabilità – mentre si presta a conciliare l'universalismo dei diritti con il pluralismo delle culture e delle morali offrendo alle persone, pur in condizioni di svantaggio, la possibilità di percepirsi come agenti morali e soggetti *liberi*. Tuttavia quell'approccio non identifica i diritti soggettivi con i diritti negativi, ma come forme di libertà positiva che servono per favorire a ciascuno la scelta dell'esistenza desiderata. Ciononostante i diritti sono garantiti solo quando le capacità necessarie per il funzionamento sono presenti, pertanto al fine di rendere esigibile un diritto bisogna tenere conto che ciò comporta l'introduzione di politiche pubbliche in grado di mettere le persone in condizione di “funzionare” adeguatamente e, cioè, di avvalersi di quei diritti loro propri. Pertanto quando si parla di diritti legati alle capacità bisogna che venga garantita sia una libertà negativa, come liberazione dagli ostacoli, che una libertà positiva, affinché si creino le condizioni per l'esercizio delle capacità, il che lega i diritti umani anche a quelli sociali ed economici.

Invero anche Sen aveva istituito un nesso tra i diritti umani e i diritti economici e sociali (come il diritto al cibo, all'istruzione, alle cure)¹⁶⁵, il che è ripreso dalla Nussbaum la quale sostiene che tutte e tre le generazioni di diritti costituiscono l'appartenenza piena alla cittadinanza e che, pur essendo indipendenti, a suo avviso, bisogna svilupparle non gerarchicamente, ma simultaneamente. È per questo necessaria una politica pubblica che intervenga a più livelli al fine di eliminare le barriere sociali, legali, economiche e culturali al

¹⁶⁴ M.C. Nussbaum, *Libertà delle donne e giustizia*, in Id., *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, cit., pp. 57-58.

¹⁶⁵ A.K. Sen, *Elements of a Theory of Human Rights*, cit., pp. 345- 348.

fine di attuare il principio liberale del valore di ciascun individuo nella concretezza della contingenza storica e sociale. «In breve, pensare in termini di capacità ci dà un punto di riferimento per capire davvero cosa significa garantire un diritto: chiarisce che comporta interventi contro la discriminazione e un supporto istituzionale, non semplicemente l'assenza di ostacoli»¹⁶⁶.

È certo vero che le libertà civili e politiche possono essere garantite a prescindere dai diritti sociali ed economici e cioè che l'eguaglianza giuridica è altra cosa dalla disuguaglianza fattuale, tuttavia definire la garanzia dei diritti in termini di *capacità* permette di chiarire quando i diritti esistono solo "sulla carta" e, invece, si esperiscono condizioni di svantaggio sistematico e radicato che non consentono ai membri dei gruppi discriminati di fare uso effettivo dei loro diritti. La garanzia dei diritti risulta dimostrabile solo quando le *capacità* rilevanti per il funzionamento sono effettivamente *presenti*. Ad esempio in Paesi come il Bénin i bambini hanno un diritto nominale all'istruzione senza averlo in termini di capacità, perché la scuola che devono frequentare si trova a una distanza per loro irraggiungibile, come i malati hanno un diritto nominale alla salute senza averlo in termini di capacità, perché il servizio sanitario non funziona.

In definitiva l'approccio delle capacità non intende sostituire la dottrina dei diritti umani, al più la integra con delle conseguenze particolarmente interessanti ai fini del presente lavoro nella misura in cui inerisce anche le politiche dello sviluppo. Insistere sulle capacità vuol dire rimarcare le opportunità che la politica conferisce ai suoi destinatari, non tanto le risorse, pertanto si concentra sulla esigibilità del diritto universale di poter disporre dell'uguaglianza della libertà effettiva.

Nell'esaminare il ruolo che va attribuito ai diritti umani nel campo dello sviluppo emerge che i diritti civili e le libertà politiche hanno un'importanza costitutiva, poiché le libertà sostanziali comprendono capacità elementari come l'essere in grado di sfuggire a certe privazioni – fame, denutrizione, malattie evitabili, morte prematura – insieme a tutte le libertà associate al diritto di partecipazione politica, di parola e così via. Molti governi autoritari sono soliti giustificare le violazioni perpetrate a danno di alcuni diritti fondamentali di libertà adducendo la priorità di altri diritti. Il "diritto allo sviluppo economico" viene invocato per annullare, dilazionare o procrastinare il godimento dei diritti privati di libertà e dei diritti politici di partecipazione, quasi che questi diritti siano un ostacolo allo sviluppo oppure possano essere subordinati alla realizzazione di obiettivi più importanti, come l'eliminazione della povertà. Ciò lo si è visto in relazione al generale atteggiamento di *laissez faire* dello

¹⁶⁶ M.C. Nussbaum, *Le nuove frontiere della giustizia*, cit., p. 306.

stato beninese come delle politiche sovranazionali rispetto alle tradizioni inumane e degradanti descritte nella seconda sezione del lavoro, la cui tematizzazione viene solitamente subordinata, perché considerata meno urgente, al problema economico. Proprio per non ripetere tale orientamento nella presente indagine non si è rimarcata la dimensione economico-politica del diritto alla salute così scarsamente garantito in Paesi come il Bénin, ma si è, piuttosto, preferito muovere da un'analisi dello stato di cose, ovvero dalla considerazione della *capacità* attuale dei malati beninesi di curarsi muovendo dalla loro contingenza culturale e sociale. Ciò ha consentito in ogni caso di intendere sia gli ostacoli economici e culturali che limitano la cura dei malati in un contesto come il Bénin, sia di approssimare l'impegno dello stato per garantire l'esigibilità dei diritti o per evitare le discriminazioni escludenti, invero, come visto, alquanto circoscritto.

In accordo con l'approccio di Sen e della Nussbaum, lo sviluppo può essere riconosciuto come un processo fondato sull'eguaglianza delle libertà effettive, pertanto non è possibile pensare di disattendere i diritti di partecipazione politica o di inclusione sino al momento in cui un certo Paese non abbia soddisfatto i bisogni materiali essenziali della popolazione¹⁶⁷. Il dibattito e la discussione pubblica sono infatti da considerarsi fondamentali per concettualizzare i bisogni che possono essere garantiti solo attraverso l'estensione a tutti di un grado adeguato di libertà individuale nel perseguire i piani di vita che ciascuno considera rispondenti ai propri fini e ai propri valori. Ciò si rende possibile in virtù di quell'accordo, intravisto da Sen e Nussbaum, tra capacità e diritti umani che consente di riconoscere questi ultimi come universali, proprio perché ancorati alle prime che sono costitutive dell'uomo in quanto tale. L'ulteriore vantaggio di tale approccio evidentemente risiede nel prevedere un'attualizzabilità politica di quelle esigenze morali che, coinvolgendo nel modello di democrazia partecipativa i singoli, garantisce il rispetto delle contingenze culturali, ma anche l'adeguamento ai cambiamenti sopravvenienti e, dunque, una mediazione condivisa e non imposta delle tradizioni, soprattutto di quelle in conflitto con i diritti umani e limitanti le capacità. Pertanto si può dire, prima di affrontare i dilemmi più dirimenti, che i principi generali del *capability approach* «sono almeno un segno di ciò che l'approccio delle capacità può offrire muovendoci dai suoi obiettivi e dai diritti verso la costruzione di una decente società globale»¹⁶⁸.

¹⁶⁷ Scrive in proposito la Nussbaum che: «La crescita economica inoltre non migliora per sé la situazione per quanto riguarda la scolarizzazione e l'assistenza sanitaria: ci sono quindi problemi relativi alla vita di tutti i cittadini che vengono lasciati in uno spazio di temporaneo abbandono quando la crescita diventa l'unico obiettivo» Id., *Diventare persone*, cit., p. 47.

¹⁶⁸ Id., *Le nuove frontiere della giustizia*, cit., p. 340.

3. *Restituire diritti e capacità al “popolo degli esclusi”*

Il “capability approach”, come visto, si propone di determinare quali principi di base e quali misure possano consentire una vita umana dignitosa, pertanto è parso potesse fornire un punto di vista dirimente per la presente ricerca sulla questione della cura in un Paese in via di sviluppo, come il Bénin, in cui le tradizioni particolari propongono modelli non sempre rispondenti al criterio della dignità, dei diritti umani e delle capacità le quali risultano sovente contratte da esigenze non solo contingenti (politiche, economiche, storiche), ma anche culturali.

Come si è visto, la Nussbaum elabora una lista “metaculturale” di capacità funzionali essenziali per lo sviluppo della persona umana che si configurano come criteri di valutazione e misurazione della qualità della vita: nella lista sono presenti, tra gli altri, il non morire prematuramente, la buona salute, l’essere adeguatamente nutriti, il possedere un’abitazione adeguata, la partecipazione alle scelte politiche *et alii*, che non sempre trovano una rispondenza nel complesso contesto africano. È chiaro inoltre che, a differenza dell’utilitarismo delle preferenze (welfarismo o benessereismo) per il quale la qualità della vita va misurata in rapporto alla realizzazione di preferenze o interessi degli individui, il modello della Nussbaum e di Sen parrebbe più appropriato alla considerazione della realtà africana in quanto, prescindendo dalla soddisfazione contingente dei bisogni dei singoli, si interroga su ciò che le persone sono capaci di fare od essere e, dunque, sulla “base informazionale” della qualità della vita dei soggetti, che si cerca di ampliare.

Riflettere sulle *capacità* vuol dire tenere conto delle possibilità che sono nella disponibilità dei singoli, ovvero che appartengono loro per il fatto stesso di essere uomini e che sono garantite dal loro essere cittadini. Sovente, tuttavia, alcuni individui sono resi incapaci dalla vita, per ragioni biologiche, politiche ed anche culturali: si pensi agli “esclusi” del Bénin descritti nella seconda sezione del presente lavoro, in-capaci non solo perché malati o appartenenti a categorie deboli – bambini o donne, anziani –, ma anche perché venuti all’esistenza in un Paese in cui i doveri statali sono costantemente disattesi, i diritti riconosciuti solo limitatamente e ove la tradizione locale si accanisce sui più vulnerabili, escludendoli affinché non ledano, con la loro stessa vita, il gruppo.

A ben vedere, l’approccio delle capacità si dispone all’analisi del fenomeno prima descritto dell’esclusione di cui, del resto, si occupa in modo concreto e diretto, giacché non solo studia le strategie di sviluppo dei Paesi svantaggiati muovendo dall’analisi della qualità

della vita degli individui e non dal computo del Pil o delle risorse di un Paese¹⁶⁹, ma anche perché, volgendosi alla vita dei singoli, consente di farsi più da presso alla peculiarità di ciascuno. In particolare permette di mettere in evidenza la condizione delle categorie più svantaggiate, come le donne (si pensi alle ben note analisi della Nussbaum relative alla condizione delle donne indiane) e i malati, riconoscendo il tradizionale ruolo di cura delle prime e rimarcando il bisogno delle cure dei secondi, nell'ottica di un maggiore riconoscimento delle capacità ad ambo le categorie, il che vuol dire un ampliamento della cittadinanza e della giustizia sociale. Difatti sempre più, soprattutto in tempi recenti, l'approccio delle capacità è addivenuto modello per un'interpretazione della disabilità¹⁷⁰ dai connotati particolarmente *inclusivi*.

Già Sen, infatti, segnalava l'importanza che, proprio perché i singoli, a partire dalla loro stessa diversità – economica, culturale, ambientale, fisica, psicologica, sociale –, hanno una diversa capacità di convertire le risorse in funzionamenti, le istituzioni dovessero garantire quanto necessario alla realizzazione delle personali aspirazioni di vita soprattutto a persone con bisogni particolari il che, conseguentemente, implica la necessità di maggiori risorse da poter convertire in funzionamenti. Purtroppo non si tratta solo di riconoscere che un disabile ha bisogno di risorse aggiuntive per far fronte ai propri bisogni quotidiani: bisogna evidentemente che l'organizzazione dell'ambiente di vita e l'insieme di regole sociali non aggiungano ulteriori limiti.

Si tratta, dunque, di un mutamento di prospettiva totale che, considerando le persone nella loro singolarità e specificità, ha come obiettivo l'individuazione e la rimozione dei fattori fisici, *culturali*, sociali ed economici che influenzano negativamente la conversione delle risorse in funzionamenti e costringono i soggetti in condizioni di vita inaccettabili. Difatti il *capability approach* non si sofferma oltremodo sulle condizioni invalidanti della disabilità, bensì si propone di determinare per quanto possibile il benessere personale e lo sviluppo, intendendolo come aumento delle libertà di scelta dei soggetti (libertà positiva), ma anche come eliminazione degli ostacoli (libertà negativa).

¹⁶⁹ Difatti l'approccio delle capacità non è solo una teoria speculativa, giacché dal 1990 ha già trovato applicazione annuale negli *Human Development Reports* del «Programma di sviluppo delle Nazioni Unite». Nel 2003 Sen fonda con la Nussbaum la *Human Development and Capability Association* che li vede impegnati nella definizione degli indicatori più appropriati per definire i Rapporti sullo sviluppo umano delle Nazioni unite: in questo ambito è stato sviluppato in modo sistematico l'approccio delle capacità, considerato più efficace per effettuare confronti e valutare la qualità della vita rispetto a quello classico fondato sul Pil o su altre quantificazioni delle risorse di un Paese. Cfr. <https://hd-ca.org/>

¹⁷⁰ Il lavoro di Biggeri e Bellanca è fra gli studi più recenti che interrogano il mondo della disabilità allo scopo di individuare politiche per il benessere e di sviluppo delle persone con disabilità, delle loro famiglie e comunità, alla luce dell'approccio delle capacità. Cfr. M. Biggeri – N. Bellanca, *Dalla relazione di cura alla relazione di prossimità. L'approccio delle "capability" alle persone con disabilità*, Liguori Editore, Napoli, 2010.

Secondo quell'approccio, inoltre, compito di un ordinamento politico è creare un contesto in cui ciascuno può scegliere di funzionare nei modi che sono costitutivi di una "buona" vita umana, quindi un ordinamento politico è buono se, tramite le sue scelte di giustizia distributiva e la creazione di istituzioni precipue, mette i cittadini in condizioni di raggiungere un livello di "soglia minima delle capacità" in rispondenza alla lista delle capacità surriportata. Un ordinamento tale deve *tutelare per legge* le persone fragili e sottoposte a gravi deprivazioni, facendosi carico della loro *riabilitazione*, della loro *integrazione* e della loro progressiva conquista di *autonomia*. Queste sono politiche pubbliche *abilitanti*, ovvero che si fanno capaci di assurgere all'obiettivo liberale di mettere tutti su un piano di uguaglianza di opportunità riconoscendo *a ciascuno* diritti sociali, civili e politici.

È evidente che il riconoscimento dei diritti non può passare più attraverso l'appartenenza familiare che, come si è visto anche rispetto al contesto beninese, sovente antepone il benessere e la sicurezza del gruppo a quello degli individui, ledendo così diritti dei singoli, soprattutto dei più deboli, vincolando il loro sviluppo delle capacità, talvolta così seriamente da rendere impossibile il pieno sviluppo umano e il riconoscimento della dignità di esseri umani. Ai neonati malformati, come agli anziani o agli esclusi in generale delle tribù beninesi è negato il necessario per vivere, la possibilità di istruirsi, di lavorare, di partecipare alla vita della comunità, di muoversi liberamente solo a motivo del loro status di malati o del loro sesso¹⁷¹. A ben vedere, il modo per escludere gli indesiderati dall'accesso ai diritti passa anzitutto attraverso la negazione della piena umanità: i malati sono esclusi perché considerati *sorcières*, a metà strada tra il divino e il diabolico, tra l'innaturale e il sovrannaturale. La tradizione, la religione e i valori condivisi mettono, così, in discussione l'esercizio pratico delle capacità, il che vuol dire disconoscere la libertà dei singoli, soprattutto dei malati e, di conseguenza, impedire il loro sviluppo.

Viene, così, all'attenzione il dilemma portante della presente argomentazione, ovvero quello di riconoscere il valore della *libertà religiosa e delle tradizioni particolari* insieme alla garanzia dell'*universalità dei diritti umani*.

¹⁷¹ Le donne che vivono in contesti in cui la loro figura è particolarmente subordinata a quella del marito o dei capigruppo «sono private della loro libertà di scelta per gli aspetti più rilevanti della loro vita, e molte delle capacità che Nussbaum indica nella lista sono rese inattive: l'integrità fisica può essere violata con una mutilazione genitale o con l'aborto forzato; la capacità di un'autonoma condotta sessuale è annullata inizialmente dalla necessità della verginità poi dal pudore che una donna deve manifestare per rispetto all'onore familiare; la capacità di ragionamento pratico e l'autonomia non sono esercitate perché una donna deve obbedire al padre prima, al marito poi, e comunque alle figure maschili che hanno potere su di lei, e così potremmo continuare». G. Rocca, *Il diritto alla salute e cura dei rifugiati*, in C. Botti (a cura di), *Le etiche della diversità culturale*, cit., pp. 279-291, ivi, pp. 282-285.

Invero quando si è parlato delle tradizioni di cura beninesi si è fatto ricorso senza differenze ai lemmi *cultura, identità, civiltà, tradizione, religione*, forse in maniera impropria, ma a motivo della difficilissima diversificazione dei vari campi rispetto all'universo ermeneutico indagato. Di tal che le cosiddette "tradizioni di cura" si sono viste, soprattutto nella seconda sezione, particolarmente in connessione con i dilemmi religiosi, a causa della sovrapposizione tra *sorcellerie* e *malattia*. Tuttavia la stessa nozione di *sorcellerie*, come visto, non è ricomprendibile solo entro un'afferenza alla religione (ad es. vodun), né ad una tradizione particolare. Si tratta di un universo di senso molto ampio che, però, è di particolare interesse proprio per il suo investire l'aspetto sanitario di un Paese in via di sviluppo in cui già molti diritti sono disattesi e le capacità dei singoli limitate, e per il suo determinare il drammatico fenomeno dell'esclusione sociale.

Ora ammesso che, secondo l'approccio delle capacità, gli ordinamenti devono impegnarsi a rimuovere i fattori che limitano la libertà dei singoli di mutare le risorse in funzionamenti, e riconosciuto che la tradizione dell'equiparazione della *sorcellerie* alla malattia limita, fino a casi estremi, la libertà dei malati (bambini, malati mentali, donne, anziani), bisognerebbe per questo che i governi e le politiche limitino la libertà religiosa? E non è questa a sua volta compressione dei diritti e delle capacità?

La Nussbaum difende la libertà di coscienza, intendendo con essa, sulla scorta dello stoicismo la:

«facoltà interiore (che possiamo chiamare capacità interna!) di ricercare la base etica della vita e il suo significato ultimo (...). La coscienza è presente in ogni essere umano, ed è presente in maniera uguale in tutti, ricchi e poveri, schiavi e liberi, protestanti e cattolici. A questa coscienza sono dovuti un profondo rispetto e una sincera riverenza. Anche quando sbaglia è comunque una delle fonti principali della nostra dignità nel mondo, e deve essere rispettata dagli individui, dalle leggi, dalle istituzioni»¹⁷².

Inoltre l'autrice riconosce che la libertà religiosa è un valore fondamentale, riconosciuto e tutelato dalle democrazie liberali; ciononostante è noto che talvolta le religioni sono le prime a comprimere e negare talune libertà ad alcuni gruppi di individui. Ciò determina un'impasse per lo stato liberale: «da un lato interferire con la libertà di espressione religiosa significa colpire i cittadini in un'area di intima autodefinizione e di libertà fondamentali; il non interferire, tuttavia, permette altre limitazioni di autodefinizione e libertà»¹⁷³. Pertanto, in opposizione agli *umanisti secolari* per i quali il valore della dignità

¹⁷² M.C. Nussbaum, *Liberty of Conscience: The Attack on Equal Respect*, in «Journal of Human Development and Capabilities», 8 (2007) 3, pp. 337-357; tr. it. *Libertà di coscienza e religione*, a cura di F. Lelli, il Mulino, Bologna, 2009, p. 27.

¹⁷³ Id., *Diventare persone*, cit., p. 207. Cfr. tutto il terzo capitolo "Il ruolo della religione", pp. 207- 291.

degli uomini, dei fondamentali diritti umani e delle capacità superino qualunque rivendicazione religiosa e contro i *tradizionalisti* che, invece, rimarkano la priorità delle tradizionali pratiche religiose come fonti dei valori e nucleo del significato essenziale per la comprensione di ogni comunità, la Nussbaum sostiene che i primi disconoscono il «valore intrinseco delle capacità religiose in base al quale la libertà di fede, di appartenenza e di attività religiosa è riconosciuta tra le capacità umane fondamentali»¹⁷⁴ – che la filosofa americana include nelle capacità dei sensi, dell’immaginazione e del pensiero ed anche nella categoria dell’appartenenza¹⁷⁵ – i secondi, invece, trascurano le voci dissenzianti all’interno di una tradizione religiosa e rifiutano di riconoscere il carattere dinamico della tradizione¹⁷⁶ (accuse queste che la Nussbaum, invero, imputa anche ai primi), ma soprattutto lascia «alla religione (tendenziosamente interpretata) ampia latitudine anche quando ciò minacci non solo dignità e uguaglianza, ma la salute, il sostentamento e l’integrità corporea»¹⁷⁷.

Sicché unendo il rispetto per i valori intrinseci delle capacità religiose e considerando ad un tempo l’importanza dell’intera gamma delle capacità umane che sono messe a rischio dalle tradizionali culture religiose e, certamente, rispettando la pluralità e la diversità delle voci in ciascuna tradizione, la Nussbaum offre due principi per orientarsi:

1. Il *principio che vede ogni persona come fine*, in forza del quale si riconosce che, come le altre capacità, «le capacità religiose sono capacità di persone individualmente intese, e non, per prima cosa di gruppi»: «quindi ogni soluzione che sembra buona a un gruppo religioso dovrà essere verificata per vedere se davvero promuove le capacità religiose (e altre capacità) dei membri di un gruppo presi uno ad uno. Subordinare le capacità di alcuni ai fini organici del tutto

¹⁷⁴ Ivi, p. 215.

¹⁷⁵ La Nussbaum spiega: «questa strategia riflette la mia idea che la religione sia un modo estremamente importante di perseguire le mete delle capacità generali, ma non la sola che meriti protezione. Devo tuttavia insistere sul fatto che essa appartiene alle specificazioni di quelle mete delle capacità che, per fini politici, è assai importante proteggere. Poter cercare un significato del senso profondo della vita in modo personale è uno degli aspetti più importanti della vita che è autenticamente umano: storicamente ciò si è attuato in larga parte tramite le credenze e le pratiche religiose, e mettere queste pratiche sotto accusa significa inibire la ricerca del bene finale di molte persone. La religione è stata intimamente e fruttuosamente collegata con altre capacità umane, come le capacità di esprimersi artisticamente, eticamente e intellettualmente. È stata il *locus* centrale dell’educazione morale dei giovani, sia della famiglia che della comunità in senso lato. Infine è stata il veicolo centrale della comunità culturale, quindi un sostegno prezioso per altre forme di appartenenza ed interazione umana. Colpire la religione quindi significa rischiare di eviscerare la vita morale, culturale, artistica e spirituale delle persone» Ivi, pp. 215-216.

¹⁷⁶ Per la Nussbaum non bisogna avere una nozione statica delle culture: «le culture sono uno scenario di dibattiti e di contestazioni», «le culture sono dinamiche e in tutte il cambiamento è un elemento davvero fondamentale». Id., *Giustizia sociale e dignità umana*, cit., pp. 62-63.

¹⁷⁷ Id., *Diventare persone*, cit., p. 220.

significa far torto alle persone rispetto a una capacità che può essere essenziale alla loro vita»¹⁷⁸.

2. Il *principio della costrizione morale* secondo il quale si asserisce che «dovremmo rifiutare di mostrare rispetto alla religione quando la sua pratica lede le persone nell'area protetta dalle capacità maggiori. Ovviamente problematiche sono le pratiche che implicano danni per i non membri della comunità religiosa (...); ma anche pratiche che implicano danni per i correligionari diventano problematiche, quando ledono in modo significativo una capacità fondamentale, particolarmente quando c'è ragione di dubitare della volontarietà della pratica»¹⁷⁹.

Nel caso in cui dovessero verificarsi tali casi limite – si pensi a tutta la seconda sezione del presente studio – la Nussbaum sottolinea l'urgenza di limitare le pratiche religiose configgenti con i diritti umani, il che non vuol dire imporre un'ortodossia alla libertà di coscienza individuale o l'istituzionalizzazione di altre pratiche religiose, ma rimarcare che in uno stato laico la religione dovrebbe serbare il posto suo proprio, all'interno delle coscienze dei singoli¹⁸⁰. Le pratiche addiventano oggetto di contestazione nella misura in cui minano la dignità e i diritti umani, pertanto «lo stato e i suoi agenti possono ostacolare la religione solo quando possono dare prova di interesse imprescindibile» dello stato stesso, tanto più che «la protezione delle capacità fondamentali dei cittadini dovrebbe essere intesa come fondamento di un imprescindibile interesse di stato»¹⁸¹.

Si intende, allora, che una politica che tenga conto delle disuguaglianze di partenza deve farsi capace di intervenire a più livelli per eliminare barriere legali, sociali, economiche e culturali attuando il principio liberale del riconoscimento di ciascuno nella concretezza

¹⁷⁸ Ivi, p. 222.

¹⁷⁹ Ivi, p. 225.

¹⁸⁰ Scrive la Nussbaum che «Anche la forma più benigna di istituzionalizzazione religiosa (o antireligiosa) minaccia l'uguaglianza, creando appunto un gruppo ufficiale e tanti gruppi marginali. Essa afferma che non tutti i cittadini entrano nello spazio pubblico in termini uguali. Il pari rispetto per le persone necessita di un governo che eviti la presa di posizione, dove possibile, sulle tematiche metafisiche e religiose che dividono i cittadini lungo le linee delle rispettive dottrine comprensive (soprattutto gli approcci generali al valore e al significato della vita, religiosi o secolari che siano). Naturalmente una concezione politica deve prendere posizione sulle questioni morali, deve basare i principi politici su certi valori definiti, come l'imparzialità e il rispetto per la dignità umana. Tali valori, comunque, o sono o possono diventare parte delle numerose dottrine comprensive in cui i cittadini si identificano ragionevolmente. Se sono articolati in maniera volutamente "sottile", senza l'appesantimento di controverse nozioni metafisiche (...), di nozioni epistemologiche (...), o di più complesse dottrine etiche (...), potenzialmente possono essere ammessi da un ampio arco di cittadini afferenti a posizioni secolari o religiose diverse. Ciò che si chiede loro è di aderire alle idee di base dell'approccio delle capacità *soltanto a fini politici*, non come una guida comprensiva alla vita, e che essi li vedano operanti entro un particolare ambito, cioè quello politico. Adesione non significa qui semplicemente che la persona accetti suo malgrado che si debba vivere seguendo queste idee. Adesione significa che la persona fa davvero sue queste idee- *come una parte* della propria concezione più generale della vita». Questo è il significato del consenso per intersezione della Nussbaum. Id., *Creare capacità*, cit., pp. 89-90.

¹⁸¹ Id. *Diventare persone*, cit., p. 233.

sociale e storica in cui si trova. «Una sensibilità più ampia e flessibile per ciò che si intende per essere umano è decisiva se vogliamo riflettere chiaramente sui problemi di giustizia»¹⁸², scrive la Nussbaum.

L'autrice sottolinea come l'atteggiamento di cura sia un atteggiamento umano fondamentale, il che rimarca la dimensione interrelazionale ed etica della cura anche e soprattutto nelle condizioni più estreme, in cui la persona non sarà mai o non potrà essere più autosufficiente, in cui l'umanità dei malati appare drammaticamente messa in discussione e il bisogno di cura è totale: proprio qui la dignità umana deve essere affermata con più forza e le capacità particolarmente promosse da politiche pubbliche. Dunque, lungi dalle esclusioni motivate dall'equiparazione della malattia alla *sorcellerie*, tipiche delle tradizioni beninesi riportate, la Nussbaum sostiene che anzitutto è impossibile disconoscere l'umanità dell'altro uomo, ancor più se disabile. «Potremmo allora sostenere che tutti i cittadini hanno bisogno di sviluppare l'immaginazione e la capacità di riconoscere in ciascuno l'umanità dell'altro – inclusi coloro che sono colpiti da disabilità e che hanno bisogni al di fuori dell'ordinario. Le istituzioni che promuovono le “basi sociali dell'immaginazione” – scuole dotate di sensibilità umana, sostegno pubblico per le arti – dovrebbero trovare posto nell'elenco, come istituzioni complementari destinate a incoraggiare il rispetto di sé»¹⁸³.

Ecco che emerge il ruolo dello stato non solo per rimuovere i limiti (in questo caso culturali ancor prima che economici) all'esercizio delle libertà e delle capacità dei più vulnerabili, ma anche per determinare strategie che consentano forme di libertà positiva, ovvero che favoriscano il “divenire persone” degli esclusi.

Per la Nussbaum i bisogni di cura, di riceverla e di darla¹⁸⁴, sono al centro di una teoria della giustizia fondata sulla dignità di ciascuno e sullo sviluppo delle capacità di tutti:

«l'approccio delle capacità (...) affronta la questione della cura in molti modi diversi: alla voce “vita” pone l'accento sul fatto che le persone devono essere in grado di completare una vita umana di “normale” durata; alle voci “salute” e “integrità fisica” riconosce implicitamente i bisogni dei diversi stadi della vita; “sensi”, “immaginazione” e “appartenenza” mettono analogamente in

¹⁸² Id., *Disabled Lives: Who Cares?*, in «The New York Review of Books», 48 (2001) 1; tr. it. Id., *Bisogni di cura e diritti umani*, in *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, cit., pp. 27-50, ivi, p. 47.

¹⁸³ Ivi, pp. 40-41.

¹⁸⁴ Nel riflettere sui bisogni di cura e i diritti umani la Nussbaum rileva tre problemi urgenti di giustizia sociale: 1. «La questione dell'equo trattamento da riservare a persone mentalmente o fisicamente disabili che abbiano bisogno di una elevata quantità di cure per tutto il corso della vita»; 2. «La questione collegata, ma distinta, relativa al problema di fornire cure adeguate a persone che in certi periodi sono indipendenti nelle fasi della vita in cui vivono invece in una condizione di dipendenza profonda», ad esempio gli anziani; 3. La questione relativa «all'onere che grava sulle persone che provvedono a coloro che vivono in una condizione di dipendenza. Queste persone hanno bisogno di molte cose: di riconoscimento che la loro attività è una forma di lavoro; di sostegno, sia umano sia finanziario; della possibilità di una carriera gratificante e remunerativa e di partecipare alla vita sociale e politica» Id., *Giustizia sociale e dignità umana*, cit., pp. 32-33.

evidenza il fatto che i bisogni si diversificano in relazione alle diverse fasi della vita. Di particolare importanza è la voce “appartenenza”, poiché questa fa riferimento tanto alla compassione quanto al rispetto di sé, oltre che alla *assenza di discriminazioni*. Ciò che possiamo osservare, allora, è che le cure devono essere fornite in modo che colui che le riceve non veda danneggiata la sua capacità del rispetto di sé, e che d'altra parte chi le presta non sia sfruttato e discriminato per il solo fatto di esercitare questo ruolo. In altre parole, una società giusta deve essere organizzata in modo di fornire la cura alle persone che versano in condizioni di estrema dipendenza senza sfruttare le donne così come avviene di solito, privandole in questo modo di altre capacità importanti»¹⁸⁵.

Di contro all'esclusione, ma prima ancora a quelle tradizioni che depotenziano e tendono a disabilitare le capacità della persona, la sua autonomia, la sua dignità, la sua identità e il suo riconoscimento, scardinandola dagli affetti e obbligandola a tenersi lontano dal gruppo, l'approccio delle capacità si rela ad una concezione che riconosce il valore centrale della famiglia, ma si dice contraria sia a coloro che difendono oltremodo i valori della tradizione, sia alla prospettiva liberale che rimarca il valore della privacy familiare. Per la Nussbaum la famiglia non è un nucleo totalmente privato che può rendersi immune dalla regolamentazione dello stato: certo non sono ammesse eccessive intrusioni, ma un bilanciamento tra gli interessi dello stato e quelli del nucleo è indispensabile, pena l'ulteriore rischio di sopraffazione dei soggetti vulnerabili, di tal che si legittima l'azione dello stato sulla famiglia a fini di giustizia.

Compito delle politiche pubbliche è, dunque, di allargare il raggio della libertà per ciascuno, soprattutto per i malati, perché non siano costretti dall'appartenenza familiare e sappiano difendersi quando quella si fa oppressiva: servizi di cura di buona qualità ampliano il raggio di opportunità con l'obiettivo di realizzare una società autenticamente liberale che ha come scopo quello di consentire il più possibile ai cittadini di soddisfare i propri bisogni: «tutte le persone meritano forme di sostegno per una vasta gamma di capacità, tra le quali le più importanti non includono soltanto le capacità di usufruire della libertà religiosa e della libertà di associazione, ma anche la capacità di godere di relazioni affettive e di cure»¹⁸⁶.

Nussbaum afferma che «gli esseri umani sono creature tali che, se fornite del giusto sostegno pedagogico e materiale, possono essere pienamente in grado di assolvere tutte queste funzioni umane. Sono insomma creature con certe capacità di livello inferiore (che io chiamo “capacità di base”) atte a eseguire le funzioni in questione. Quando queste capacità sono private del nutrimento che le trasformerebbe nelle capacità di livello superiore presenti

¹⁸⁵ Ivi, pp. 83-84 (c.vo mio).

¹⁸⁶ M.C. Nussbaum, *The Future of Feminist Liberalism*, «Proceedings and Addresses of the American Philosophical Association», 72 (nov. 2000) 2, pp. 47-79; tr. it. in *Giustizia sociale e dignità umana*, cit., pp. 105-149, ivi, p. 128.

nell'elenco, esse diventano infeconde, mutilate, e in qualche modo solo l'ombra di se stesse»¹⁸⁷. Questo vuol dire che «una persistente privazione della possibilità di esprimere le proprie capacità compromette la prontezza interna al funzionamento, e che una continua condizione di sottomissione di un essere umano a un altro rende difficile il percorso di riabilitazione delle capacità, in particolare quelle che riguardano la ragione pratica e la scelta autonoma». Come detto, secondo la teoria della Nussbaum, i governi e le istituzioni devono avere come obiettivo il raggiungimento del livello di soglia delle capacità, il che evidenzia che nei Paesi in cui non c'è protezione per gli esclusi viene impedito lo sviluppo delle loro capacità. Inoltre, come è evidente, i Paesi in via di sviluppo soffrono di una grave assenza di welfare: sanità e istruzione non sono alla portata di tutti, ma sono disponibili solo a chi può pagare; la mancanza di alfabetizzazione e istruzione è una delle cause principali di persistenza di tradizioni dannose. Il che implica che «il passaggio dallo stato di incompletezza di capacità proprio del bambino alla compiuta realizzazione dell'adulto non può aver luogo a prescindere dalle condizioni politiche»¹⁸⁸.

L'intervento statale deve, dunque, anzitutto riconoscere ai malati quell'umanità che è loro, il che vuol dire disincentivare la credenza che li identifica con i *sorcières*, attraverso la diffusione della cultura, dell'istruzione e la sensibilizzazione rispetto alle nozioni di base relative alla cura. Solo dopo il legislatore dovrà consentire ai consociati di realizzarsi compiutamente come esseri umani, tramite scelte di giustizia distributiva che comportano la modificazione dell'organizzazione dei servizi sanitari, ma anche la definizione di nuove figure professionali che possano determinare una riabilitazione delle capacità fondamentali e l'abilitazione di capacità nuove, permettendo ai malati, attraverso approcci individualizzati, di raggiungere il secondo livello di capacità che corrisponde alle capacità umane centrali elencate dalla Nussbaum. Secondo livello perché può esprimersi solo laddove siano già attuate le capacità di base e perché richiede un impegno maggiore sia delle istituzioni e dei pazienti stessi affinché sia raggiunto il livello di soglia. I malati, infatti, si trovano a dover mettere in campo nuove capacità, a fare scelte talvolta difficili ove, tuttavia, al gruppo familiare è riconosciuto un ruolo dirimente, ovvero di contribuire a far emergere e mettere in pratica le capacità del malato, il che vuol dire avere come obiettivo non solo la salute del malato, ma il suo *benessere* in senso complessivo. Pertanto la cura deve essere *individualizzata* e misurata sui bisogni ed è fondamentale che siano ampliati l'accesso alle

¹⁸⁷ Id., *Diventare persone*, cit., pp. 101-102.

¹⁸⁸ Id., *Nature, Function, and Capability: Aristotle on Political Distribution* (1988); tr. it. *Natura, funzione e capacità: la concezione aristotelica della redistribuzione politica*, in Id., *Capacità personale e democrazia sociale*, Diabasis, Reggio Emilia, 2003, p. 74.

informazioni in merito alle possibili scelte terapeutiche, così da garantire a tutti la libertà di *scegliere* a quali trattamenti medici sottoporsi: solo così potrà emergere la possibilità di un consenso informato ai trattamenti. Si pensi, ad esempio, a una gravidanza per un malato di HIV: bisogna superare prima il livello di base delle capacità, poi informare il malato ed il gruppo che non ci sono pericoli rispetto ad un'eventuale gravidanza se il genitore malato sarà monitorato e curato con antiretrovirali¹⁸⁹. Questo vuol dire restituire alle *persone* la possibilità di decidere della propria vita una volta informate della malattia, dei farmaci e delle alternative di vita tra le quali scegliere. A ben vedere è proprio questa la linea seguita da coloro che, come Suor Julia e Gregoire, in Bénin, si adoperano per disincentivare le credenze tradizionali, informare le comunità sulle possibilità di cura e di vita dei malati e dare loro una possibilità di cura e delle alternative di vita possibile, ad esempio attraverso il lavoro che, sulla base della scelta e delle capacità individuali, può restituire ai singoli la dignità e i diritti loro propri.

Come accennato, l'approccio delle capacità ben si presta ad un nuovo intendimento della malattia e, in particolare, della disabilità: non più disumanizzante ed escludente, bensì individualizzato ed inclusivo.

Uno sviluppo dei disabili inteso nel senso dell'approccio delle capacità anzitutto non descrive la loro condizione come statica, ma come un *processo* non finalizzato ad uniformare i malati ad un criterio di normalità o salute predeterminato, oggettivo ed universale, bensì che, muovendo dalla considerazione della peculiarità di ciascuno di mutare le risorse in funzionamenti e chiedendo alle *policies* una "base informazionale" liberata dagli ostacoli, si orienta allo sviluppo dei singoli misurato sulle loro possibilità e capacità, tenendo conto che numerosi indicatori contestuali, e non solo le risorse, possono contribuire alla determinazione del benessere individuale.

Questo approccio è parso pertanto particolarmente funzionale a descrivere la realtà indagata soprattutto dal momento che la sua messa in pratica sembra una via percorribile plausibilmente per un avanzamento non imposto, ma rispondente alle esigenze e alle capacità dei malati beninesi, che non valuta solo le risorse economiche. Se così fosse, infatti, dovrebbe presto arrendersi dinanzi ad una condizione disarmante e disarmata, bensì, muovendo da un "minimo comune denominatore" di capacità umane valuta, nello spazio delle opportunità reali dei malati di vivere una vita a cui *loro stessi* attribuiscono valore, le loro possibilità di raggiungere forse non un benessere (welfare), ma uno "star bene" inteso in senso ampio (well-being). Questo approccio si dispone particolarmente all'analisi dell'*empowerment* dei gruppi marginalizzati in una prospettiva *inclusiva*, poiché non disconosce la diversità umana, ma anzi

¹⁸⁹ G. Rocca, *Il diritto alla salute e cura dei rifugiati*, cit., pp. 287-288.

la avvalora, muovendo da essa per la definizione delle capacità precipue. Di tal che è spregiata la segregazione dei vulnerabili, bensì si guarda alle condizioni di vulnerabilità come ad un fenomeno multidimensionale e dinamico che implica non delle limitazioni nelle capacità di raggiungere funzionamenti prefissi, ma di diversità precipue che richiedono altri criteri, individualizzati. La prospettiva dell'approccio delle capacità riesce così a tener conto dell'azione reciproca svolta dalle caratteristiche individuali e dalle restrizioni sociali e propone di misurare i risultati in termini di espansione delle opportunità di scelta e quindi delle libertà delle persone. Queste considerazioni ci appaiono decisive nel ripensamento delle policy: se, da una parte, l'unico percorso democratico sembra consistere in un percorso partecipativo nella definizione dei compiti che le istituzioni dovrebbero assumere in materia di interventi volti alla riduzione del disagio, dall'altra parte appare altrettanto chiaro che tale percorso partecipativo deve includere i soggetti malati stessi e le loro capacità.

Secondo il «liberalismo neoaristotelico basato sull'idea delle capacità umane quale obiettivo politico centrale» della Nussbaum, i governi hanno *doveri di giustizia* nei riguardi dei propri cittadini, laddove con giustizia liberale si intende quella «impegnata sia a proteggere le sfere legate alla definizione di sé sia a porre fine alla ingiusta tirannia di alcune persone su altre»¹⁹⁰, doveri, questi, da estendere in maniera universale, accanto ai quali la filosofa americana rileva l'urgenza di assicurare altresì i *doveri di aiuto materiale*, sottolineando la priorità della questione della redistribuzione delle risorse.

È proprio la congiunzione di sfera privata e pubblica che consente alla Nussbaum di sostenere che non basta inorridire dinanzi ai crimini contro l'umanità e trascurare la questione dell'aiuto materiale: «se all'umanità sono dovuti trattamenti di un certo tipo da parte del resto del mondo, allora parrebbe che le si debbano sia un buon trattamento a livello materiale, sia il rispetto e l'assenza di crudeltà»¹⁹¹. Non ha alcun senso immaginare una nozione astratta di dignità e diritti solo enunciati e non garantiti, bisogna, invece, di contro al ripeterarsi dell'interpretazione stoica che ascriveva solo alla sfera interiore il godimento della dignità, ricollocarla nelle condizioni materiali:

«Dobbiamo dunque essere capaci di dire che c'è qualcosa negli esseri umani che persiste attraverso le avversità della sorte, e ciò dà fondamento ai nostri doveri morali; di dire che a questo qualcosa è sempre uguale, e che ciò dà fondamento alle opinioni sulla eguaglianza di rispetto e considerazione; ma dobbiamo essere insieme capaci di dire che le cose che contano per la vita umana possono essere profondamente colpite»¹⁹².

¹⁹⁰ M.C. Nussbaum, *Giustizia sociale e dignità umana*, cit., p. 138.

¹⁹¹ Id., *Duties of Justice, Duties of Material Aid. Cicero's Problematic Legacy*, in «Journal of Political Philosophy», 8 (2000), pp. 176-206; tr. it. *Giustizia e aiuto materiale*, il Mulino, Bologna, 2008, p. 42

¹⁹² Ivi, p. 73

Può accadere che, nel corso della vita, quelle prerogative morali che appartengono a tutti incontrino degli ostacoli contingenti che, pur non inficiando l'essenza di detti principi, determinano uno svantaggio per quelle vite dal punto di vista empirico-situazionale: è evidente il disaccordo della filosofa americana rispetto alla convinzione stoica relativa al non ritenere i beni esterni necessari ad una vita buona. A suo avviso è innegabile che la bontà della vita dipenda anche dalla sua capacità di esplicitare i funzionamenti umani: ciò vuol dire assumere una nozione "flessibile" di capacità umana, consapevole della diversità degli uomini e delle diverse condizioni in cui essi si trovano a dover vivere la propria vita. Ad esempio per alcuni la facoltà innata agli uomini tutti di sviluppare capacità di alto livello che si esplicano nelle forme del ragionamento e della riflessione è contratta per motivi biologici, ma può esserlo anche per ragioni storiche ed economiche: tuttavia questo non autorizza a sottostimare quell'umanità¹⁹³.

Allora come garantire i doveri di giustizia e quelli di aiuto materiale? Anzitutto non bisogna partire dalle rivendicazioni nazionali, come fanno le teorie della giustizia più influenti, ad es. quella di Rawls tenendo conto dello stato-nazione come unità di base: i cittadini non possono pretenderli dallo stato in cui vivono. Bisogna piuttosto riconoscere di appartenere ad una comunità mondiale più ampia, ma chi deve farsi carico di tali doveri? Tutto è più facile sul piano nazionale, ma diventa complesso quando si sposta su quello transazionale, rispetto al quale «occorrerebbe elaborare teorie della responsabilità istituzionale rispetto alla responsabilità individuale, e teorie del giusto trasferimento fra nazioni»¹⁹⁴ che, secondo l'avviso della Nussbaum, sono ancora in via di definizione. Certo è, però, che quando uno stato si rifiuta di rendere giustizia ai diritti basilari presenti negli accordi internazionali

«la sovranità nazionale è sufficientemente importante da non giustificare un intervento militare, purché la nazione in parola abbia un minimo di legittimazione democratica; anche quando quest'ultima condizione non sia soddisfatta, l'intervento resta in generale una pessima idea per ragioni prudenziali. Anche le sanzioni economiche dovrebbero essere adottate soltanto nei casi più gravi (...). La persuasione è sempre l'alternativa più appropriata, e la soluzione migliore è che le

¹⁹³ «Noi vogliamo porre la rivendicazione della dignità umana, ma insistere allo stesso tempo che quella dignità può essere svilita dalla vita. Non dovremmo risolvere questo problema con l'espedito stoico di sostenere che i danni della sorte non toccano la parte dell'essere umano che è fonte della sua dignità. Ma allora come dobbiamo procedere, se non vogliamo affermare che la sorte ha trasformato questi esseri umani in meri animali? Credo sia necessario operare qui con una nozione di capacità umana flessibile e a più livelli. Dovremmo affermare che la facoltà innata di sviluppare capacità umane di alto livello è la fonte dei nostri doveri morali verso gli altri, ma che questa facoltà può essere contrastata nel suo sviluppo, cosicché le sue forme più evolute (ragionamento, carattere morale, socievolezza, e così via) non maturano mai del tutto, o sono bloccate nel loro manifestarsi. Attribuire a una tartaruga un livello di vita meramente animale è ammissibile sul piano morale; attribuire a un essere umano (il quale possiede quelle facoltà di base) un livello di vita meramente animale, un livello di vita in cui le facoltà tipicamente umane di scelta e di socialità sono completamente svuotate, è immorale e inammissibile» Ivi, pp. 74-75.

¹⁹⁴ Ivi, p. 90.

nazioni si convincano a ratificare gli accordi internazionali in riferimento alle principali capacità umane».

Tuttavia, una volta che la nazione ha ratificato gli accordi internazionali, sono le politiche statuali a dover garantire i principi accettati, sia entro i propri confini nazionali che tra gli stati, e quella sarà coadiuvata dall'opera delle ONG e organizzazioni affini (come l'opera descritta di personaggi come Grégoire Ahongbonon o Suor Julia Aguiar) nella promozione delle capacità:

«gli accordi vincolano la nazione e sono attuati da normali meccanismi interni, oltre che da pressioni della comunità internazionale. Questa posizione sulla *governance* globale potrà apparire tiepida e leggera, non solo a coloro che vogliono un regime più aggressivo nel campo dei diritti umani internazionali, ma anche a coloro che preferirebbero dare la priorità agli accordi internazionali nell'ambito del benessere degli esseri umani (...). La soluzione istituzionale dovrà dunque essere leggera e decentrata (...). Le istituzioni coinvolte nella soluzione di problemi globali dovranno comprendere le nazioni esistenti, che hanno precisi doveri sia verso i rispettivi popoli, sia nel caso delle nazioni più ricche, verso le nazioni più povere. Una rete di accordi e trattati internazionali dovrà imporre certe norme alla comunità delle nazioni, mentre le imprese e le organizzazioni non governative dovranno fare la loro parte nella promozione delle capacità umane nelle regioni in cui operano. Una tale allocazione rimarrà provvisoria e incompleta, sensibile alle mutevoli condizioni della comunità mondiale (...) Chiaramente, lavorare ancora su queste tematiche centrali, ancora non sufficientemente teorizzate dall'approccio delle capacità, resta della massima importanza per il futuro»¹⁹⁵.

¹⁹⁵ Id., *Creare capacità*, cit., pp. 116-117.

CAPITOLO TERZO

Diritti umani ed “african values”

Il «diritto di avere diritti»¹⁹⁶ è la celebre espressione arendtiana la quale riferisce che vi è un diritto principale che è la condizione di possibilità del godimento di tutti gli altri diritti, ovvero quello di vederseli garantiti. Tuttavia, come anticipato, nel contesto dei diritti umani non poche questioni si destano, determinando difficoltà dalle conseguenze non sottostimabili.

Una delle principali questioni accennate si radica nella peculiare natura sovrastatale dei diritti umani che rende la loro assunzione dalle diverse culture ed articolazione nei differenti ordinamenti costituzionali particolarmente complessa il che, invero, accompagnandosi ad un globale offuscamento dei confini degli stati nazionali, rischia di lasciare quei diritti sul piano prettamente ideologico-morale¹⁹⁷.

Non semplice è, infatti, il problema della garanzia effettuale dei diritti umani la cui tutela è ripartita, secondo meccanismi molto articolati, a livello internazionale e nazionale al punto che può accadere che quanto viene riconosciuto come violazione dei diritti umani nel sistema internazionale non trovi poi pieno riscontro negli ordinamenti nazionali o, seppure è enunciato nelle Costituzioni, non viene effettivamente garantito dal punto di vista pratico.

In proposito E. Wolgast parlava di «diritti sbagliati»¹⁹⁸ riferendosi a diritti destinati a rimanere inapplicabili a causa del loro essere riferiti a soggetti deboli – nel caso di specie i malati, i bambini, gli anziani, le donne di un Paese in via di sviluppo – i quali, trovandosi in una condizione di *dipendenza* da altri, non hanno potere di rivendicare e di far valere i diritti loro riconosciuti. Da ciò si inferirebbe, secondo l'autrice, che detti diritti siano soltanto una

¹⁹⁶ H. Arendt, *The origins of totalitarianism*, Harcourt, Brace & World, New York, 1951; tr. it. *Le origini del totalitarismo*, intro. di A. Martinelli, con un saggio di S. Forti, Edizioni di Comunità, Torino, 1999, p. 410.

¹⁹⁷ U. Beck, *Che cos'è globalizzazione. Rischi e prospettive della società planetaria*, tr. it. di E. Cafagna e C. Sandrelli, Carocci, Roma, 1999; D. Zolo, *Globalizzazione. Una mappa dei problemi*, Laterza, Roma-Bari, 2004.

¹⁹⁸ E. Wolgast, *The grammar of Justice*, Cornell University Press, Ithaca NY, 1987; tr. it. *La grammatica della giustizia*, Editori Riuniti, Roma, 1991.

mistificazione, capace forse di tranquillizzare le coscienze, ma che non muta la situazione di disagio dei soggetti deboli.

A ben vedere, l'inquadramento della questione dipende anche dal modo di intendere l'universalità dei diritti umani: se in essa si intravede un principio statico, separato e trascendente cui i singoli possono soltanto aspirare, mai godendo della piena fruizione o se, piuttosto, è possibile interpretarla come movenza tensionale, storica, principiata negli individui e animata dalla bisognosità che, connaturata all'umano, si definisce progressivamente nelle differenti realtà contestuali, serbando quel tanto che basta di oggettività, sempre diveniente e circostanziale, sicché non si ricada in relativismi o innovati monismi. Ciò, del resto, non riduce quei diritti a mero connotato morale, ma ne fonda la giuridificabilità, garanzia dinamica del loro rispetto.

Ecco, dunque, che la tesi, secondo la quale i diritti umani siano sbagliati, mostra la sua faziosità nella misura in cui non tiene conto della storicizzabilità della giustizia e dei diritti i quali hanno il precipuo scopo di segnalare la possibilità della violazione di un bene e ristabilire l'equilibrio di potere tra le parti, determinando un mutamento della condizione precedente. «I diritti pertanto non sono “sbagliati” in senso assoluto, né paiono facilmente sostituibili con altre categorie – es. responsabilità, dovere –: devono, piuttosto, essere integrati, sono *imperfetti*»¹⁹⁹, nel senso che sono da perfezionare nella storia, lungi però da utopistiche ed ingenuo speranze di sempre ascendenti perfettismi.

Un'ulteriore e già paventata questione è quella relativa alla possibilità che quei diritti costituiscano un riferimento universale, costante per tutte le culture e tutti i popoli: è infatti un dubbio ancora irrisolto se quei diritti rappresentino l'anelito dell'umano in quanto tale o si diversifichino a seconda del contesto, il che, acuendo le perplessità già inerenti al discorso sui diritti umani, ha come esito di metterne seriamente a rischio la garanzia.

Ancor più difficile, evidentemente, la questione si fa in Africa ove, come si è più volte detto, l'africano si riconosce prima come membro della propria comunità familiare e, solo dopo, come cittadino di uno Stato²⁰⁰. Ciò consente di recuperare il riportato dibattito sugli *asian values* e di trasporlo al contesto africano al fine di attenzionare più da presso una questione non ancora soluta: molti, infatti, sono i sostenitori dell'incompatibilità di valori e diritti occidentali ed africani, il che conduce a negare che i diritti umani, sorti nel contesto dei valori occidentali liberali incentrati sull'autonomia e sull'individualità, potessero trovare

¹⁹⁹ L. Battaglia, *Bioetica e diritti umani*, cit., p. 56.

²⁰⁰ E. Ferrari, *Droits de l'homme et constitutions africaines*, in Aa. Vv., *International Conference on African constitutions (Bologna, 26-27 Novembre 1998)*, a cura di L.V. Piergigli e I. Taddia, Giappichelli, Torino, 2000, pp. 77-96; L. Mezzeti, *Le democrazie incerte. Transizioni costituzionali e consolidamento della democrazia in Europa orientale, Africa, America Latina, Asia*, Giappichelli, Torino, 2000.

applicazione nell'orizzonte di senso africano, ignaro sia della nozione di identità individuale, sia di quella dei diritti che, particolarmente, di quella dei diritti umani²⁰¹. Tale posizione, come è noto ha celato artifici retorici ed alimentato pregiudizi particolarmente nocivi, giacché se per un verso è servita alla causa dei colonizzatori che, rimarcando la mancanza di coscienza giuridica dell'africano, giustificavano l'imposizione del diritto straniero, per altro verso è stata strumentalizzata dagli stessi governi africani per legittimare la loro volontà di non conformarsi ai principi universali e continuare così a perpetrare abusi e violazioni di diritti.

Tuttavia, a ben vedere, come testimonia la storia, le nozioni che sono alla base dei diritti umani non sono affatto estranee alla mentalità africana:

«Come il sociologo nigeriano Biko Agozino ha sottolineato, nello stesso secolo in cui gli inglesi hanno sottoscritto la loro Magna Carta, nel 1215, la quale descrive i diritti e le libertà cui il popolo inglese aveva diritto, e molto prima che gli americani dichiarassero lo stesso nel loro *Bill of Rights*, nel 1789, i Mandingo del Mali, in Africa occidentale, avevano proclamato i propri principi sui diritti umani, nel 1236, che affermavano il valore intrinseco di “ogni essere umano” e non solo della nobiltà Mandingo. In ciò i Mandingo si dimostrarono persino davanti agli inglesi e agli americani rispetto al modo di intendere i diritti umani. In altre parti del continente africano, i valori liberali Mandingo riflettevano anche simili libertà ed autonomie che alcuni regni e società africane concessero ai loro membri individuali e gruppi sociali molto prima del contatto con gli europei e il “liberalismo occidentale”. Ad esempio, il rispetto per le donne e l'uguaglianza dei generi esisteva in molte società matrilineari del Ghana precoloniale, e tra gli Igbo di Onitsha della Nigeria precoloniale, in Africa occidentale. La libertà del pensiero religioso esisteva nei regni del Confo e Ndongo, in Africa centrale, prima dell'arrivo dei portoghesi nel 1492. La diversità dell'orientamento sessuale esisteva nel Regno del Buganda, prima dell'influenza dei missionari cristiani inglesi nei regni dell'Africa orientale nel tardo diciannovesimo secolo. La prevalenza di tali valori relativi ai diritti umani in alcune società africane non dovrebbe oscurare tuttavia il duro trattamento riservato alle donne e l'esistenza di alcuni costumi e tradizioni in altre società africane che violavano i diritti umani»²⁰².

²⁰¹ Ad esempio I. Berlin rilevava che le tradizioni africane non dimostrassero interesse per le libertà civili, risultando così incomparabili con i diritti umani di provenienza occidentale: cfr. I. Berlin, *Libertà*, a cura di H. Hardy; tr. it a cura di G. Rigamonti- M. Santambrogio, Feltrinelli, Milano, 2005. Cfr. anche J. Donnelly, *Human Rights and Human Dignity: An Analytic Critique of Non-Western Conceptions of Human Rights*, in «The American Political Science Review», 76 (1982), pp. 303-316 in cui l'autore sottolinea che se il concetto di dignità umana appartiene a tutte le società, non può dirsi lo stesso dei concetti di libertà, individualità ed autonomia che, piuttosto, pertengono alla cultura occidentale e alla sua tradizione politica. Donnelly, dunque, nega che nelle società africane tradizionali, caratterizzate da un'organizzazione sociale di tipo comunitario, vi potesse essere una concezione dei diritti umani. Cfr. anche Id., *Universal Human Rights in Theory and Practice*, Cornell University Press, Ithaca, 1989; altri come R. Howard negano i diritti umani, ma riconoscono la presenza del principio di dignità che, però, sarebbe negato a schiavi, stranieri e criminali. R. Howard, *Human Rights in Commonwealth Africa*, Rowman Littlefield, Lanham, 1986.

²⁰² International Institute for the Advanced Study of Cultures, Institutions, and Economic Enterprise, *Human Rights as a Global Conversation about Human Dignity*:

S'intende, allora, che coloro che affermano che le società africane erano all'oscuro del concetto e della pratica dei diritti e, in specie, dei diritti umani trascurano le testimonianze storiche di alcuni sistemi di pensiero precoloniali africani in cui non solo erano già presenti embrionali garanzie di quei diritti, ma i diritti individuali e quelli di gruppo erano considerati inseparabili²⁰³, il che condurrebbe ad un significativo ridimensionamento della questione dell'incompatibilità.

Purtuttavia, anche ammesso che siano riconoscibili delle diversità tra la prospettiva africana e quella occidentale in tema di diritti umani, è manifesto che l'accordo riguardo ad alcuni valori e principi come la dignità e il rispetto dell'essere umano, che costituiscono la trama di quei diritti, è un che di autoevidente ed universale da garantire in ogni umana società²⁰⁴. A ben vedere, infatti, come Michael Ignatieff ha sottolineato, i diritti umani sono divenuti un fenomeno globale «non perché serve gli interessi dei potenti», ma perché viene incontro agli interessi dei deboli²⁰⁵. Le categorie più svantaggiate, su tutti i malati, i bambini, le donne e gli anziani, nei diritti umani trovano la protezione adeguata anche di contro alle credenze religiose discriminatorie e alle tradizioni sociali perniciose in un mondo che sempre più si sa plurale. Difatti, come prerogative che individui e gruppi invocano a protezione della loro dignità di esseri umani, i diritti umani sono diventati il criterio legale e morale con cui una società progressista e tollerante può distinguersi da una conservatrice e intollerante.

Resta adesso da capire come concretamente sono state affrontate le questioni anticipate dal punto di vista teorico nel capitolo precedente: si tratta di capire se le Carte internazionali abbiano autenticamente assunto l'universalità dei diritti e, soprattutto, di rilevare se e come l'abbiano lasciata compenetrarsi con il particolarismo e la diversità culturale. Solo dopo risulterà opportuno spostare l'attenzione alla peculiarità del contesto africano dove anche qui, a partire dall'analisi delle Carte e dei Documenti apparsi nel tempo sul tema, si proverà ad intendere se la politica africana ha conosciuto un cambiamento per disporsi all'accoglimento di quei principi universali, il che potrebbe costituire una dimostrazione della natura storica delle culture e, dunque, della possibilità di un loro avanzamento che disconosca le atrocità descritte nella seconda sezione del presente lavoro. Tali questioni, infine, verranno portate all'attenzione della filosofia contemporanea Seyla

<http://www.interias.org.gh/sites/default/files/Position%20Paper/IIASPositionPaperHumanRights.pdf> (ultima visualizzazione aprile 2017, trad. mia).

²⁰³ A.A. An-Na'im, *Cultural Transformation and Cultural Rights in Africa*, in «The Journal of Modern African Studies», 42 (2004) 4, pp. 637-638.

²⁰⁴ Cfr. J.A.M. Cobbah, *African Values and the Human Rights Debate: An African Perspective*, in «Human Rights Quarterly», (1987) 9, pp. 309-331, in part. pp. 320-322; K. Wiredu, *Cultural Universals and Particulars: An African perspective*, Indiana University Press, Bloomington, 1996.

²⁰⁵ M. Ignatieff, *Human Rights as Politics and Idolatri*, cit., p. 83.

Benhabib la quale, interrogandosi sul concetto di cittadinanza globale, di democrazia partecipativa e di storicità delle culture, rappresenta un polo teoretico fondamentale per l'inquadramento dei quesiti sollevati e l'apertura alle approssimantesi conclusioni.

1. *La tutela internazionale dei diritti umani e della diversità culturale*

Dopo la *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* del 1948, ritornano sul dilemma tra universalismo dei diritti umani e pluralismo etico-culturale non pochi documenti sovranazionali, tra i quali di estrema significatività sono quelli a cura dell'Unesco come la *Dichiarazione Universale sul Genoma Umano e i Diritti Umani* adottata l'1 novembre 1997 e la *Dichiarazione Internazionale sui dati genetici umani* del 16 ottobre 2003. Non si dimentichino, poi, i Documenti delle Nazioni Unite la cui dichiarata priorità era di modificare schemi di comportamento e modelli culturali ancorati a pregiudizi e pratiche consuetudinarie che legittimavano ruoli sociali stereotipati, in cui la norma era l'interiorità dei più deboli, dai disabili alle donne: come la *Convenzione sui Diritti Economici, Sociali e Culturali* e quella sui *Diritti Civili e Politici* del 16 dicembre 1966, la Convenzione internazionale delle Nazioni Unite sull'*Eliminazione di tutte le forme di Discriminazione Razziale* del 21 dicembre 1965, la Convenzione ONU su *Eliminazione di tutte le Forme di Discriminazione contro le Donne* del 18 dicembre 1979²⁰⁶, quella sui *Diritti dei Bambini* del 20 novembre 1989, quella sulla *Diversità Biologica* del 5 giugno 1992, le *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* del 1993 e tante altre²⁰⁷.

²⁰⁶ ONU, *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne* (CEDAW), adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 18 dicembre 1979, in part. art. 5: versione italiana: http://unipd-centrodirittumani.it/it/strumenti_internazionali/Convenzione-sulleeliminazione-di-tutte-le-forme-di-discriminazione-nei-confronti-delle-donne-1979/25 (ultima visualizzazione aprile 2017).

²⁰⁷ Si pensi anche alla ILO *Convention 169 concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries* del 27 giugno 1989, il Trattato Internazionale su *Plant Genetic Resources for Food and Agriculture* adottata dalla conferenza della FAO il 3 novembre 2001 ed entrato in vigore il 29 giugno 2004, la Raccomandazione dell'Unesco su *Status of Scientific Researchers* del 20 novembre 1979, la *Declaration on Race and Racial Prejudice* dell'UNESCO del novembre 1978, la *Declaration on the Responsibilities of the Present Generations Towards Future Generations* dell'UNESCO del 12 novembre 1997, la *Universal Declaration on Cultural Diversity* dell'UNESCO DEL 2 NOVEMBRE 2001, GLI Accordi su Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPs) del 1 gennaio 1995. Ma si considerino anche gli strumenti internazionali e regionali nel campo della bioetica: *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine of the Council of Europe*, adottata nel 1997 ed entrata in vigore nel 1999 con i suoi protocolli addizionali, come anche le legislazioni nazionali e le normative nel campo della bioetica, e i codici deontologici e le linee guida e gli altri documenti in tema di bioetica, come la *Dichiarazione di Helsinki* della World Medical Association su *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, adottata nel 1964 e emendata successivamente, e le *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* del Council for International Organization of Medical Sciences adottate nel 1982 ed emendate in seguito.

L'UNESCO in particolare, con il suo atto costitutivo del 16 novembre 1945²⁰⁸, assume il ruolo precipuo di individuare «principi universali fondati su valori etici condivisi»²⁰⁹ e, su tale scorta, approva il 19 ottobre 2005 la *Dichiarazione sui diritti umani e la bioetica* la quale, oltre ad affrontare le problematiche connesse allo sviluppo delle biotecnologie, propone standard e principi universali coerenti con il rispetto dei diritti umani cui gli Stati devono ispirarsi nell'elaborazione di leggi e politiche rispetto a temi di bioetica.

Tuttavia nella Dichiarazione si ribadisce a livello universale il principio di autodeterminazione il quale, ad es. rispetto alle scelte sanitarie, le ascrive al singolo individuo separato dal gruppo, il che parrebbe poter riabilitare le critiche ai diritti umani di essere faziosamente occidentali e non confacenti ai contesti collettivi come quelli africano o asiatico.

Il testo, riproponendo un principio già espresso nella Dichiarazione di Helsinki, ribadisce che «gli interessi e il benessere dell'individuo dovrebbero prevalere sull'interesse esclusivo della scienza o della società» (art. 3), ma anche che «l'autonomia delle persone di prendere delle decisioni, assumendosi la responsabilità di tali decisioni e rispettando l'autonomia altrui, deve essere rispettata» (art. 5) il che vuol dire che:

«a) Qualsiasi intervento medico a fini di prevenzione, diagnosi e cura deve essere eseguito con il consenso preventivo, libero e informato della persona coinvolta, basato su informazioni adeguate. Il consenso, ove appropriato, dovrebbe essere esplicito, e può essere revocato dalla persona coinvolta in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione senza che da ciò gliene derivi alcun svantaggio o danno. b) La ricerca scientifica dovrebbe essere condotta soltanto con il consenso preventivo, libero, esplicito e informato della persona coinvolta. Le informazioni dovrebbero essere adeguate e fornite in forma comprensibile, e dovrebbero includere le modalità di revoca del consenso. Il consenso può essere revocato dalla persona coinvolta in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione senza che da ciò gliene derivi alcuno svantaggio o danno. Eccezioni a questo principio dovrebbero essere fatte soltanto in conformità con i criteri etici e le norme giuridiche adottati dagli Stati, compatibili con i principi e le disposizioni enunciati nella presente Dichiarazione, in particolare con l'articolo 27, e con la legge internazionale sui diritti umani. c) In casi appropriati di ricerche condotte su un gruppo di persone o una comunità, un accordo supplementare con i rappresentanti legali del gruppo o della comunità coinvolti può essere ricercato. In nessun caso un accordo collettivo di comunità o il consenso del leader della comunità o di un'altra autorità dovrebbe sostituirsi al consenso informato individuale» (art. 6)²¹⁰.

²⁰⁸ UNESCO, *Costituzione della Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, le Scienze e la Cultura*, Londra, 16 novembre 1945: http://unipd-centrodirittiumani.it/public/docs/costituzione_unesco.pdf (ultima visualizzazione aprile 2017).

²⁰⁹ *Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani*, versione italiana in Aa. Vv., *La globalizzazione della bioetica. Un commento alla Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani dell'UNESCO*, a cura di F. Turollo, GregorianaLibreriaEditrice, Fondazione Lanza, Padova, 2007, pp. 287-300, ivi, p. 289.

²¹⁰ Ivi, pp. 292-293.

Allo stesso modo, però, mentre si affermano autonomia e autodeterminazione forse distanti dalla mentalità africana, nella Dichiarazione viene sottolineato il *Rispetto della diversità delle culture e del pluralismo* (art. 12), articolo che citiamo ancora per ribadire la portata: «L'importanza della diversità culturale e del pluralismo dovrebbe essere tenuta in dovuta considerazione. Tuttavia, tali considerazioni non devono essere invocate per violare la dignità umana, i diritti umani e le libertà fondamentali, né per violare i principi enunciati nella presente Dichiarazione o per limitarne la portata»²¹¹. Col che si stabilisce che l'universalità dei diritti umani non vuol dire imperialismo etico o assolutismo morale: la Carta riconosce l'interpretazione dei principi conforme alla diversità culturale *fintantoché* questa non mini i diritti fondamentali, il che garantisce dal ricadere nel relativismo che, come detto, può avere risvolti fondamentalisti.

Tutto ciò viene riconfermato dalla *Dichiarazione Universale dell'UNESCO sulla diversità culturale*, adottata il 2 novembre 2001 a Parigi durante la 31^a sessione della Conferenza generale dell'Unesco, la quale proclama *la diversità culturale patrimonio comune dell'Umanità*, definendo la diversità come ciò che «si rivela attraverso gli aspetti originali e le diverse identità presenti dei gruppi e nelle società che compongono l'Umanità» e per questo «necessaria quanto la biodiversità per qualsiasi forma di vita», da riconoscere ed affermare «a beneficio delle generazioni presenti e future» (art. 1). Inoltre si sottolinea che la diversità culturale, in quanto indissociabile dalla democrazia, trova nel pluralismo culturale il canale privilegiato atto a favorire il suo accrescimento e lo scambio culturale nella vita pubblica (art. 2). Difatti la diversità culturale può essere considerata «fattore di sviluppo» non solo economico, bensì anche personale, morale, emotivo e spirituale dal momento che «amplia le possibilità di scelta offerte a ciascuno» (art. 3). Per tali ragioni si riconosce che:

«la difesa della diversità culturale è un imperativo etico, inscindibile dal rispetto della dignità della persona umana. Essa implica l'impegno a rispettare i diritti dell'uomo e le libertà fondamentali, in particolare i diritti delle minoranze e dei popoli autoctoni. *Nessuno può invocare la diversità culturale per minacciare i diritti dell'uomo garantiti dal diritto internazionale, né per limitarne la portata*».

La comunità internazionale cerca dunque di rispondere attivamente all'esigenza di protezione della diversità culturale, intesa come diritto alla propria cultura d'origine, alla conservazione della propria identità culturale, spesso minacciata dai processi di globalizzazione; ciononostante si ribadisce ancora una volta l'impossibilità di perpetrare abusi o agire in contrasto con i diritti umani fondamentali in nome di detta specificità culturale. Si intende, allora, che i diritti dell'uomo sono da intendere come *garanti della diversità culturale*

²¹¹ Ivi, p. 295.

(art. 4), ma quest'ultima non può ledere i primi, il che è garantito dal diritto internazionale. Ciò vuol dire che alcune tradizioni come quelle descritte nella seconda sezione dello studio che costituiscono discriminazioni contro i malati, i bambini, gli anziani o le donne o, addirittura provocano loro danni (infanticidio rituale, contenzione, mutilazioni) non possono essere considerati come diritti all'integrità culturale, in quanto contrarie ai diritti umani.

Inoltre ci si propone di considerare l'opportunità di istituire strumenti giuridici vincolanti per il riconoscimento al livello internazionale della specificità culturali che, incoraggiando lo scambio di conoscenze a sostegno del pluralismo culturale per facilitare l'inclusione e la partecipazione di persone e gruppi diversi, salvaguardare e incoraggiare la diversità linguistica, rispettare e proteggere la conoscenza tradizionale, in particolare delle popolazioni indigene, diffonda ad un tempo la consapevolezza che i diritti culturali non sono alternativi ai diritti dell'uomo ma ne sono «parte integrante»: «ognuno deve poter partecipare alla vita culturale di sua scelta ed esercitarne le forme, nei limiti imposti dal rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali» (art. 5)²¹².

Pertanto si stabilisce che il patrimonio culturale (si pensi alle tradizioni fitoterapiche beninesi) «deve essere valorizzato, e trasmesso alle generazioni future in quanto testimonianza dell'esperienza e delle aspirazioni dell'umanità, e al fine di alimentare la creatività in tutta la sua diversità e di favorire un vero dialogo interculturale» (art. 7)²¹³.

Inoltre all'art. 11 si decide di un tema discusso in precedenza, ovvero dell'interconnessione tra la *sfera pubblica* e quella *privata* nella misura in cui si asserisce che «è opportuno riaffermare il ruolo fondamentale delle politiche pubbliche, in partenariato con il settore privato e la società civile» per «garantire la tutela e la promozione della diversità culturale, garanzia di sviluppo umano durevole» (art. 11)²¹⁴. Ciò evidentemente responsabilizza i singoli cittadini a che non si lascino soffocare da norme lesive della propria identità, ma si facciano capaci di contribuire al bilanciamento tra diritti culturali e diritti umani.

Durante la XXXIII Conferenza dell'Unesco il 20 ottobre del 2005 è stata, poi, adottata la *Convenzione sulla protezione e la promozione della diversità culturale* nella quale, oltre all'obiettivo espresso già nel titolo, ci si propone di creare le condizioni affinché le culture

²¹² UNESCO, *Dichiarazione Universale sulla diversità culturale*, Parigi, 2 novembre 2001: http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/diversity/pdf/declaration_cultural_diversity_it.pdf cvo mio (ultima visualizzazione aprile 2017).

²¹³ Si legge all'art. 10 che «Di fronte agli attuali squilibri dei flussi e degli scambi dei beni culturali su scala mondiale, bisogna rafforzare la cooperazione e la solidarietà internazionali in modo da permettere a tutti i Paesi, specie quelli in via di sviluppo e quelli in fase di transizione, di costituire istituzioni culturali valide e competenze sul piano sia nazionale che internazionale» Ibidem.

²¹⁴ Ibidem.

possano prosperare ed interagire liberamente, di promuovere l'intercultura, riconoscere le varie attività e servizi culturali in quanto portatori di identità, valori e significati. In proposito la Convenzione riafferma il diritto sovrano dello stato a mantenere, adottare e implementare politiche ed interventi che possano proteggere e promuovere la diversità delle espressioni culturali del proprio territorio. L'art. 2 della Convenzione chiarisce che «nessuna disposizione della presente convenzione può essere invocata per ledere o limitare i diritti umani e le libertà fondamentali proclamate dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo o garantiti dal diritto internazionale». In seguito si affermano i principi di sovranità, di pari dignità e rispetto di tutte le culture, di solidarietà e cooperazione internazionale, di complementarietà degli aspetti economici e culturali dello sviluppo²¹⁵. Anche in questo caso una particolare attenzione è rivolta alla società civile (art. 11) cui viene riconosciuto un ruolo fondamentale, tant'è che viene invitata ad avvalersi della collaborazione delle ONG e del settore privato per il raggiungimento degli obiettivi della Convenzione. Il documento sottolinea inoltre l'importanza fondamentale del sapere tradizionale e dei sistemi di conoscenza dei popoli autoctoni e riconosce la necessità di adottare misure per impedire la minaccia di estinzione causata dai modelli dei paesi che hanno risorse economiche e finanze maggiori.

Difatti, come è noto, il problema della diversità culturale diventa stringente anche in relazione alla questione dell'immigrazione, ma quel che qui interessa è la convivenza in società multiculturali.

Pertanto bisogna evitare di

«cadere nell'equivoco secondo cui la diversità culturale sarebbe tanto più garantita quanto più le sue espressioni sono cristallizzate e perpetuate. Un simile atteggiamento, se esasperato come in molti movimenti per la tutela delle culture indigene, assume il rischio della museificazione delle culture e viene caricato, talvolta, di risvolti ideologici. Nella Convenzione si sente l'eco del dibattito che ha segnato la stessa Unesco negli anni '70, allorché la difesa delle diversità culturali e in particolare quella delle minoranze nei paesi in via di sviluppo coincideva anche con il compimento della decolonizzazione e dell'emancipazione politica»²¹⁶.

Quel che la Convenzione non pare adeguatamente prendere in considerazione è che le culture non sono sempre così ben definite, ma si espongono continuamente ad incontri con altre. L'idea di storicità di una cultura o di una sua presunta età dell'oro è stata individuata come una caratteristica dei fondamentalismi: fissare dei canoni di perfezione ed attribuirli ad

²¹⁵ UNESCO, *Convenzione Unesco sulla protezione e la promozione della diversità delle espressioni culturali*, 2 novembre 2001: <http://www.unesco.beniculturali.it/index.php?it/72/la-convenzione> (ultima visualizzazione aprile 2017).

²¹⁶ C. Giunipero, *La Convenzione Unesco sulla diversità culturale alla prova delle migrazioni*, in «Istituto per gli Studi di Politica Internazionale», (luglio 2007) 60, pp. 1-5, ivi, pp. 3-4.

un passato mitico o sostenere l'idea di purezza delle culture è stata spesso utilizzata dal potere politico per forgiare la propria ideologia.

Il problema, dunque, non è più solo quello di difendere le specificità culturali, nel senso di preservarne le espressioni culturali originarie, bensì di garantire delle condizioni per una rigenerazione delle espressioni culturali attraverso il dialogo interculturale che possa promuovere la convivenza tra popoli all'interno di società multiculturali. In questo caso la sfida consiste nel non rinunciare ai valori e alla piena affermazione della propria identità culturale, lasciando allo stesso tempo che le espressioni *si rigenerino* a fronte delle nuove sollecitazioni della storia. La libertà culturale e una promozione dello scambio interculturale produrrebbero così un'affermazione delle diversità in senso *dinamico*, mentre una cristallizzazione o attaccamento alle espressioni tradizionali porterebbe alla chiusura e ghettizzazione o, nel peggiore dei casi, ad una radicalizzazione della propria identità con possibili derive fondamentalistiche.

Ma tutto ciò come può essere applicato *concretamente* nel contesto africano? Ad esempio, i principi di etica medica e deontologia come possono essere intesi nei paesi in cui il *folk health care system*, ovvero il sistema di cura tradizionale ²¹⁷, ha il primato sulla medicina moderna? Ad esempio come potrebbero rispondere ai requisiti necessari per il consenso informato di *volontarietà; comprensione; libertà* dalle influenze esterne i pazienti beninesi che non hanno una ben definita nozione di *persona*²¹⁸, che appartengono ad una cultura che ha

²¹⁷ J.M. Jansen, *Health, Religion, and Medicine in Central and Southern African Traditions*, in L.E. Sullivan (ed. by), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*, Macmillan, New York, 1989.

²¹⁸ Come si è detto la cultura Yoruba è assai presente in Bénin: «Nella lingua Yoruba (...) il termine “persona” è tradotto con *eniyan*. Secondo Segun Gbadegisin (1998, p. 149), l'*eniyan* è composto da quattro elementi: *ara*, *okan*, *emi*, *ori*. L'*ara* è la parte fisica e materiale dell'individuo e comprende le parti interne ed esterne del corpo (cuore, ossa, intestini, sangue ecc.). L'*okan* sembrerebbe avere, sostiene Gbadegisin (1998, p. 150), una funzione doppia. Sarebbe considerato non solo come l'organo fisico responsabile della circolazione del sangue, ma anche la fonte di ogni reazione psichica ed emozionale. L'*emi*, il terzo elemento, è immateriale, inteso come parte del “respiro divino” e considerato “il principio attivo della vita”. L'*ori*, invece, avrebbe come l'*okan* una doppia natura. Rappresenterebbe, infatti, l'elemento fisico della testa dell'individuo, ma anche quello immateriale, determinante del destino e della personalità del singolo». M. Errico, *Diritti umani e culture altre. Sperimentazione dei farmaci e consenso informato nell'Africa sub sahariana*, pres. di V. Pocar, Guerini e Associati, Milano, 2009, p. 93. L'autrice cita S. Gbadegisin, *Eniyan: The Yoruba Conception of a Person*, in P.H. Coetzee – A.P. Roux (ed. by), *Philosophy From Africa: A Text with Readings*, Thomson Publishing, Johannesburg, 1998. Inoltre per quanto concerne la cultura Bantu, pure presente in Bénin non c'è uguaglianza ontologica tra le persone, né morale ad esempio l'intelligenza e la libertà non sono prerogative naturali dell'uomo, ma solo di alcuni di essi ed estremamente radicata è la teoria comunitaria in forza della quale in sé è solo un prodotto delle relazioni sociali: Mbiti scrive che «l'individuo può solo dire: “io sono perché noi siamo; e poiché noi siamo, di conseguenza io sono”» M. Errico, *Diritti umani e culture altre*, cit., p. 95; J. Mbiti, *African Religions and Philosophy*, Heinemann, London, 1969.

sostituito il modello *egocentric-cultural* con il *sociocentric-organic*²¹⁹, che parlano solo dialetti locali come il Fon ed in cui vige il cosiddetto *familistic decision making process*²²⁰?

2. La protezione dei diritti dell'uomo in Africa

La situazione africana è particolarmente segnata da contraddizioni profonde tra permanenza di tradizioni arcaiche e spinte di trasformazione democratica, contraddizioni queste aggravate da conflitti interni e, talvolta, anche dal ritorno di fondamentalismi²²¹. Del resto a rendere ancor più complessa la disposizione dell'Africa ai diritti umani è la concezione, prima riferita dei comunitaristi, secondo la quale lo iato tra la diversità dei costrutti sociali ed identitari africani rispetto a quelli occidentali è molto profondo nella misura in cui, come si è visto, nei contesti tribali africani la comunità precede l'individuo, non sempre è possibile distinguere tra diritto ed etica e, tendenzialmente, i doveri hanno la primazia sui diritti che solo di rado la tradizione riconosce come soggettivi.

Per tali ragioni l'Africa è considerata il principale obiettivo dell'imperialismo occidentale che sembra aver sostituito la decolonizzazione politica con un neocolonialismo dei diritti umani. Sinanche alcuni pensatori africani si fanno sostenitori di tale concezione²²², al punto che Kofi Annan, nel 1998, anno del cinquantesimo anniversario della Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo, quando rivestiva la carica di Segretario Generale della Nazioni Unite, durante il discorso di apertura della cinquantaquattresima sessione della Commissione sui diritti umani dichiarò:

«Alcuni africani ancora interpretano la preoccupazione per i diritti umani come il lusso di un uomo ricco per cui l'Africa non è pronta, o ancora una cospirazione imposta dall'Occidente industrializzato. Trovo questi pensieri avvilenti per la dignità umana che dimora in ogni cuore africano (...). I diritti umani sono i diritti africani. Essi sono i diritti asiatici, i diritti europei, i

²¹⁹ R. Shweder, *Thinking Through Cultures*, Harvard University Press, Cambridge, 1991.

²²⁰ R. Fan, *Self-Determination vs Family-Determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy*, in «Bioethics», 11 (1997), 3-4, pp. 309-322.

²²¹ Cfr. A. Di Lieto, *La tutela dei popoli indigeni in Africa*, in Aa. Vv., *Identità dei popoli indigeni: aspetti giuridici, antropologici e linguistici (Atti del convegno- Siena 4-5 giugno 2007)*, a cura di A.L. Palmisano e P. Pustorino, Stampa 3 snc, Roma, 2008, pp. 117-150.

²²² Cfr. il pensiero dell'ugandese S. Ssenkaayi, secondo il quale la religione e l'attivismo per i diritti umani non possono andare di pari passo in Africa a causa dell'analfabetismo: a suo avviso gli africani non hanno cultura e quindi le loro interpretazioni della vita rendono difficile la comprensione della nozione dei diritti umani: S. Ssenkaayi, *In Africa, human rights activists cannot work with religion*, in «openDemocracy», 8/12/14: <https://www.opendemocracy.net/openglobalrights/simon-ssenskaayi/in-africa-human-rights-activists-cannot-work-with-religion> (ultima visualizzazione aprile 2017).

diritti americani. Non appartengono ad alcun governo e non sono limitati ad alcun continente, perché essi sono fondamentali e connaturati all'intera umanità»²²³.

Per comprendere, tuttavia, se effettivamente l'Africa può definirsi “vittima” dei diritti bisogna ricostruire rapidamente la storia della diffusione, ma anche e soprattutto delle *rivendicazione* dei diritti umani in Africa.

Pervaso da un senso di riscatto, il pensiero politico africano, dopo aver sostenuto i gravami di una maledizione biblica²²⁴ che l'ha condannato a una subordinazione perenne – dalla schiavitù, alla tratta, al razzismo, al colonialismo –, solo il secolo scorso ha conosciuto la sua indipendenza che ha costruito *progressivamente*, smussando di tanto in tanto gli angoli della sua inedita costituzione.

Dopo il 1960, cosiddetto “anno dell'Africa”, in cui cominciò la decolonizzazione dell'Africa subsahariana, i neonati Stati africani fondarono nel 1963 ad Addis Abeba l'Organizzazione dell'Unità Africana (OUA) la quale in quello stesso anno redasse una prima Carta che si inserisce in un contesto ancora influenzato dalla decolonizzazione e che, pertanto, per alcuni interpreti esplicita i diritti degli Stati africani e, solo «implicitamente, delle loro popolazioni», il che traluce la volontà precipua di consolidare i diritti sovrani degli Stati, piuttosto che i diritti umani²²⁵.

Il 1948 fu, poi, l'anno della Dichiarazione Universale sui Diritti dell'Uomo, maggiore fonte attuale della legislazione internazionale sui diritti umani. Tuttavia, l'assenza di rappresentanti provenienti dall'Africa e altre società sotto regimi coloniali, tra le diciotto persone che firmarono la Dichiarazione Universale sui Diritti dell'uomo, ha suscitato il sospetto che tale documento non fosse altro che un'ideologia liberale occidentale imposta al

²²³ UN, *Statement by Secretary-General Kofi Annan, 54 session of United Nations Commission on Human rights*, Press release SG/SM/6487 HR/4355, Geneva, 16 March 1998: <http://www.un.org/press/en/1998/19980316.SGSM6487.html> (ultima visualizzazione aprile 2017) citato in C. Visconti, *Africa e diritti umani*, cit., pp. 7-8.

²²⁴ Come è noto nella Genesi è contenuto il racconto della maledizione da parte di Noé di suo figlio Cam e, dal momento che la tradizione vuole che da Can discenda tutto il popolo di Canaan che ricomprende tutti gli uomini di colore, quei pochi versetti determinarono la credenza che quegli uomini fossero considerati impuri e maledetti, posizione questa che portò a ritenere un “volere divino” la loro riduzione in schiavitù. CEI, *Genesi* 9, 20-27, in *La Sacra Bibbia*, Editio Princeps, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1971; cfr. anche G. Pietrostefani, *La Tratta Atlantica. Genocidio e Sortilegio*, Jaca Book, Milano, 2000.

²²⁵ Questa è, ad esempio, la posizione di G. Calchi Novati, il quale sottolinea come quella Carta, seppur negli intenti si ispirava all'ideale del panafricanismo, «invece di promuovere una vera e propria integrazione fra gli Stati, varando o prospettando un organismo in grado di unificare la gestione della politica o dell'economia, riduceva il panafricanismo a una specie di somma di tanti Stati. La sovranità è elevata a dogma». Due sono i principi rivendicati dalla Carta per l'istituzionalizzazione dei diritti in Africa: «i due punti, che figurano nell'art. 3 sono: l'uguaglianza fra gli Stati membri dell'OUA, e quindi potenzialmente fra tutti gli Stati africani, e la non interferenza negli affari interni degli stessi Stati. L'obiettivo massimo dell'unificazione dell'Africa ne usciva di fatto inapplicabile» G. Calchi Novati, *La tutela dei diritti in Africa: Stati, governi e cittadini*, in «Parolechiave», 37 (2007), pp. 103-117, ivi, p. 105; cfr. anche G. Calchi Novati – P. Valsecchi, *Africa: la storia ritrovata. Dalle prime forme politiche alle indipendenze nazionali*, Carocci, Roma, 2005.

resto del mondo²²⁶. Ciononostante tra i firmatari del documento vi erano un libanese, un cinese e un canadese che, rappresentando varie interpretazioni dei diritti umani, si può inferire abbiano assunto un punto di vista ampio e diversificato, sì da rappresentare in qualche modo anche le aspirazioni dei non presenti.

Successivamente fu redatta a Banjul, capitale della Gambia, e poi ratificata a Nairobi nel 1981, la già citata *Carta Africana dei Diritti dell’Uomo e dei Popoli*²²⁷ la quale si riferisce specificamente ai diritti dei *popoli* africani e che per certi aspetti può definirsi l’equivalente della Carta dei diritti islamica e di quella araba surriferite, anche se a differenza di queste non si dà un fondamento religioso (come accennato tale documento fu incorporato nella Costituzione del Bénin del 1990²²⁸).

Entrata in vigore nel 1986, tale “seconda” carta dell’OUA ribadisce i diritti classici come le libertà fondamentali (art. 2), l’uguaglianza di fronte alla legge (art. 3), l’inviolabilità personale (art. 4), il rispetto della dignità personale e il riconoscimento della personalità giuridica (art. 5), la libertà (art. 6), la libertà di coscienza, professione e la libera pratica della religione (art. 8), la salute e le cure (art. 16), il diritto all’educazione (art. 17), alla famiglia (art. 18), l’autodeterminazione dei popoli (art. 20), la pace e la sicurezza (art. 23), ma, ancora una volta, sembrerebbe che:

«i diritti sovrani prevalgono sui diritti umani e in ultima analisi sulla stessa Carta. Una norma a difesa dei diritti umani presupporrebbe un costituzionalismo internazionale superiore alla giurisdizione dei singoli governi che qui non viene neppure abbozzato. Non compare nessuna deroga alla sovranità dello Stato come previsto, ad esempio, dalla Convenzione europea per la protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali (...). Sebbene il *Preambolo* colleghi la tutela dei diritti umani ai diritti dei popoli, molti diritti sono di fatto limitati dalla legge interna»²²⁹.

La Carta, inoltre, al capitolo II disciplina *I doveri* di ogni individuo in ordine crescente: verso la famiglia, la società, lo Stato, le altre comunità legalmente riconosciute,

²²⁶ Cfr. International Institute for the Advanced Study of Cultures, Institutions, and Economic Enterprise, *Human Rights as a Global Conversation about Human Dignity*, cit.

²²⁷ *Carta africana dei diritti dell’uomo e dei popoli*, cit. Si veda anche F. Ougergouz, *La Charte Africaine des Droits de l’Homme et des Peuples: une approche juridique des droits de l’homme entre tradition et modernité*, Presses Universitaires de France, Paris, 1993; Id., *The African Charter on Human and Peoples’ Rights. A Comprehensive Agenda for Human Dignity and Sustainable Democracy in Africa*, The Hague, New York, 2003.

²²⁸ Nel Preambolo la Costituzione beninese asserisce di riaffermare i principi della Democrazia e dei Diritti dell’Uomo definiti da una serie di Carte, tra le quali la Carta Africana dei Diritti dell’Uomo e dei Popoli del 1981. Un richiamo alla Carta di Banjul è ripreso anche agli artt. 7-40 Cost. e all’undicesimo che garantisce a tutte le comunità nazionali il diritto di godere della propria cultura e di svilupparla. Cfr. Costituzione del Bénin: HCJ, *Loi n° 90-32 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin*, cit.. Si veda anche J.F. Flauss, *L’application nationale de la Charte africaine des droits de l’homme et des peuples*, Bruylant, Bruxelles, 2006; M. Mubiala, *Le système régional africain de protection des droits de l’Homme*, Bruylant, Bruxelles, 2005.

²²⁹ G. Calchi Novati, *La tutela dei diritti in Africa*, cit., p. 106.

fino alla comunità internazionale (art. 27)²³⁰. In tal senso s'intende come i diritti individuali siano in qualche modo da subordinare ai diritti collettivi. La Carta, infatti,

«accentua più che i diritti della persona, i doveri dell'individuo verso la famiglia, la società e lo Stato, secondo una impostazione che privilegia l'appartenenza alla comunità. Il riferimento ai diritti delle donne rimane generico e confinato nell'affermazione del godimento di libertà spettante a tutti, senza distinzione di sesso (art. 2), e nel divieto di discriminazioni sancito dall'art. 18. Nessuna disposizione è invece prevista riguardo alla libertà di scelta del coniuge, all'età minima dei matrimoni e alla posizione della donna nella famiglia»²³¹.

Inoltre, il fatto che la Carta di Banjul, come quella di Addis Abeba, sottolineino la preoccupazione principale della sicurezza e dell'unità (artt. 23-29) degli Stati africani, lascia intendere come anche nel secondo documento prevalga l'interesse politico rispetto alle garanzie dovute ai singoli. La Carta dedica, poi, ampio spazio alla creazione di una Commissione per i diritti dell'uomo e dei popoli (di cui si è già parlato con riferimento al Bénin nella sezione precedente), ma è manifesto lo scarso potere di quest'organo, dal compito tutto formale di evidenziare lesioni di diritti ed emettere blande raccomandazioni, prive di forza legale²³²: ancora una volta i *diritti dell'uomo* si appiattiscono sui *diritti del cittadino*,

²³⁰ Capitolo II: *I doveri* «Articolo 27: 1. Ogni individuo ha doveri verso la famiglia e verso la società, verso lo Stato e verso le altre collettività parimenti riconosciute e verso la comunità internazionale. 2. I doveri e le libertà di ogni persona si esercitano nel rispetto dell'altrui diritto, della sicurezza collettiva, della morale e dell'interesse comune». *Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli*, cit., pp. 125-126.

²³¹ E. Tagliatala, *I diritti riproduttivi tra genere, identità del corpo e autodeterminazione*, in L. Chieffi e J. Salcedo Hernandez (a cura di), *Questioni di inizio vita*, Quaderni di bioetica n. 6, Mimesis, Milano-Udine, 2015, pp. 617-638, ivi, pp. 634-637. Nel suo saggio l'autrice riconosce come le contraddizioni relative alla condizione delle donne in Africa abbia conosciuto una significativa trasformazione proprio a partire dalle Carte e dalle Conferenze che mettono capo al *Protocollo di Maputo* siglato dal 2003 dall'Assemblea dell'UA che manifesta un cambiamento di modelli e mentalità su scala continentale. In tale documento, infatti, viene ripresa la questione della salute riproduttiva di cui all'art. 14 si individuano gli ambiti che riguardano non solo la contraccezione, l'educazione alla pianificazione familiare, l'informazione rispetto alle malattie sessualmente trasmesse, le cure pre e post parto ma anche l'accesso all'aborto terapeutico nei casi di violenza sessuale, stupro, incesto e quando portare avanti la gravidanza danneggerebbe la salute mentale e fisica della donna o la vita della donna o del feto. Il protocollo si sofferma sulle MGF che vengono vietate come pratiche pregiudizievoli, impegnando gli Stati ad adottare misure sia di carattere informativo che formativo, sia di natura legislativa per sradicarle (tema ripreso poi dalla già citata Risoluzione ONU del 2012). Cfr. UA, *Protocollo* alla "Carta Africana sui diritti dell'uomo e dei popoli" sui diritti delle donne in Africa, adottato a Maputo in Mozambico, l'11 luglio 2003 ed entrato in vigore il 25 novembre 2005 (http://unipd-centrodirittumani.it/it/strumenti_internazionali/Protocollo-alla-Carta-Africana-sui-diritti-delluomo-e-dei-popoli-sui-diritti-delle-donne-in-Africa-2003/83 ultima visualizzazione aprile 2017) Il protocollo fu firmato dal Bénin l'11/02/2004; ratificato il 30/09/2005 e depositato il 13/10/2005: https://www.au.int/web/sites/default/files/treaties/7783-sl-protocol_to_the_african_charter_on_human_and_peoples_rights_on_the_rights_of_women_in_africa_12.pdf (ultima visualizzazione aprile 2017).

²³² Come spiega G. Calchi Novati «La Commissione può indagare, può essere oggetto di ricorsi da parte di chi ritiene che uno Stato violi i diritti dell'uomo o dei popoli, ma i suoi poteri non vanno tanto al di là dell'informazione, della mediazione o tutt'al più della presentazione e pubblicazione del rapporto sui fatti oggetto del ricorso, sempre nei limiti di compatibilità con la Carta dell'OUA e la stessa carta di Banjul. Trasmettendo il suo rapporto la Commissione può indirizzare ai capi di Stato dei membri dell'OUA le raccomandazioni che ritiene utili (...). L'Assemblea può chiedere alla Commissione di effettuare uno studio in profondità e presentare un rapporto fattuale, ma tutte le misure resteranno confidenziali finché l'Assemblea non

difficilmente garantibili da Stati come quelli africani, gravati da tutta una serie nota di criticità.

Specularmente, tutto un altro filone interpretativo intende quella Carta come emergente dall'esigenza di sviluppare un codice dei diritti umani fondato sulle tradizioni e sui valori propri della cultura e civiltà africane²³³. Del resto a corroborare la legittimità di tale posizione si ricordi che nel 1979 a Dakar fu convocata una riunione di giuristi africani avente lo scopo di redigere un documento ispirato ai principi della filosofia del diritto africana e orientato alla soddisfazione dei bisogni specifici dell'Africa²³⁴. È dunque verosimile che l'*African Charter* sia sorto con la precipua finalità di tenersi distante sia dalla concezione occidentale dei diritti che da quella orientale, il che spiegherebbe anche l'insistenza sugli obblighi a carico dell'individuo nei confronti della comunità in cui vive come rispondenti agli ideali della filosofia africana secondo cui la realizzazione dei diritti individuali può avvenire solo nell'ambito del contesto sociale e non, come pure è stato detto, un modo per gli Stati africani post-coloniali di imporre restrizioni alla realizzazione dei diritti individuali²³⁵. Inoltre, il fatto stesso che la Carta rimandi agli obblighi posti a carico dell'individuo di rafforzare e difendere la sicurezza e l'indipendenza nazionale, secondo molti interpreti²³⁶, non va inteso come un modo per sottrarsi al contesto internazionale, ma come una possibilità per gli Stati africani di strutturare in via più solida quel senso di unità nazionale ed autodeterminazione ancora non del tutto definito a causa delle note difficoltà che hanno conosciuto i Paesi africani nell'assumere un'idea di governo e di Stato occidentale moderno che ha determinato il forzoso raggruppamento di comunità indigene, stirpi, tribù, etnie dai diversi linguaggi, costumi e tradizioni nei modelli unitari europei di colonie, distretti e Stati. Inoltre, il già citato art. 27 in cui si dice che i doveri e le libertà della persona si esercitano in ossequio alla morale, al diritto e all'interesse comuni andrebbe letto come una mera contestualizzazione dei diritti individuali che non vanno mai intesi come assoluti, ma devono tener conto anche dei

si sarà pronunciata autorizzando eventualmente la pubblicazione del rapporto finale (artt. 58 e 59)» G. Calchi Novati, *La tutela dei diritti in Africa*, cit., p. 108.

²³³ Su ciò cfr. M. Errico, *L'African Charter on Human and People's Rights* e le sue peculiarità tra ragioni storiche e politico-sociali, in Id., *Diritti umani e culture altre*, cit., pp. 148-157. Qui si fa riferimento ad es. a H.W.O. Okoth-Ogendo, *Human and People's Rights: What Point is Africa Trying to Make?*, in R. Cohen- G. Hyden- W.P. Nagan (ed. by), *Human Rights and Governance in Africa*, University Press of Florida, Gainesville, 1993, pp. 74-86.

²³⁴ Cfr. R. Gittleman, *Introductory Note to the Banjul Charter on Human and People's Rights*, in «International Legal Materials», 21 (1982) 1, pp. 58-68.

²³⁵ Cfr. su ciò K. Mbaye, *Introduction to the African Charter on Human and Peoples' Rights*, in International Commission of Jurists (eds.), *Human and People's Rights in Africa and the African Charter*, Report of a Conference held in Nairobi, 2-4 dicembre 1985, ICJ, Geneva, 1988; Id., *Les droits de l'homme en Afrique*, Pedone, Paris, 1992.

²³⁶ M. Mutua Makau, *The Banjul Charter: The Case for an African Cultural Fingerprint*, in A.A. An-Na'im (a cura di), *Cultural Transformation and Human Rights in Africa*, Palgrave, McMillan, New York, 2002, pp. 68-78.

diritti degli altri e degli altri diritti in Africa come altrove. Difatti gli obblighi previsti a carico dei gruppi come la famiglia o la società di rispettare e mantenere i bambini, di assistere gli anziani sono elementi fondamentali ed ineliminabili, attese le note difficoltà degli Stati ad offrire politiche di assistenza.

Invero però all'art. 18, come detto, la Carta obbliga lo stato ad assistere le famiglie, in quanto custodi delle tradizioni, col che certo

«non intende che debbano essere tollerate quelle pratiche, proprie del periodo pre-coloniale, in nome delle quali vige una rigida separazione dei ruoli tra i sessi, che in molti casi si traduceva in pratiche discriminatorie basate sul genere. Il riferimento ai valori tradizionali è diretto, infatti, a quei valori che esaltano la dignità dell'individuo, ed enfatizzano l'importanza della maternità e quindi del ruolo della donna nel processo riproduttivo»²³⁷.

Tuttavia, abbiamo potuto rilevare nella sezione precedente come i rischi che i valori tradizionali, se preservati nella loro purezza atavica, si facciano ad oggi ancora forieri di prassi violente, inumane e contrarie al principio di dignità sono indisconoscibili, pertanto, seppure è vero che tale Carta si propone di mediare tra valori africani e diritti umani, non sempre riuscendovi appieno e restando per molti aspetti su un piano tutto teorico, è vero del pari che insistere sui diritti collettivi e sulle tradizioni senza prevederne un adeguamento ai tempi sopravvenienti è quantomeno pericoloso. Inoltre è forse sostenibile che i diritti collettivi nei contesti africani più che altrove non possano essere disgiunti da quelli individuali e che pertanto è fondamentale metterli in rilievo in una Carta che vuole preservare l'identità e i valori di quel popolo, ma ad un tempo non va disconosciuto che i diritti collettivi non possono mai essere anteposti a quelli individuali o considerati la loro condizione di possibilità, pena i drammatici rischi già discussi, su tutti quello dell'esclusione dei malati ridotti a non persone.

La storia dell'avanzamento della tutela dei diritti umani in Africa non può non tenere conto dell'adozione, nel giugno 1998 di un *Protocollo* alla Carta africana relativo alla costituzione di una Corte Africana sui diritti degli uomini e dei popoli che nasce con il precipuo scopo di fare da complemento alla Commissione africana e di «rendere più efficace la promozione e protezione dei diritti all'interno del sistema regionale» anche se incontra ancora le difficoltà della debolezza strutturale e normativa del sistema africano di protezione dei diritti umani²³⁸.

²³⁷ M. Errico, *Diritti umani e culture altre*, cit., pp. 154-155.

²³⁸ *Protocol on the establishment of an African Court on Human and People's Rights*, adottato in Ouagadougou, Burkina Faso, 9 giugno 1998, entrato in vigore il 25 gennaio 2004, art. 2, citato in C. Visconti, *Africa e diritti umani*, cit., p. 91. L'autrice approssima la Corte africana all'europea Cedu e rileva che: «Nell'ottica dell'accostamento del sistema regionale africano a quello europeo di protezione dei diritti, ci sembra utile precisare che la Corte africana dei diritti risulta al momento modellata sul sistema europeo rotante intorno alla Cedu, prima della riforma operata dal Protocollo n. 11. Rispetto al sistema europeo, però, quello africano

Nel 2002 l'OUA lasciò il posto all'Unione Africana (UA) che, invero, nonostante apparentemente sembri ricalcare il modello della prima organizzazione, nei fatti ne modifica *sostanzialmente* l'impostazione soprattutto nella misura in cui, nella sua Carta emessa nello stesso anno, oltre a riaffermare i diritti condivisi, si proclama come organo sovrastatale effettivamente unitario, impegnato nella promozione di principi ed istituti democratici, partecipazione popolare e *good governance* e titolato ad «operare in surroga ai governi degli Stati membri in caso di necessità»:

«La Carta dell'Unione Africana è l'inizio di un processo di costituzionalizzazione a livello interafricano. L'uguaglianza degli Stati membri, la non interferenza e le capacità effettive dell'organizzazione riguardo ai problemi interni dell'Africa vengono affrontate con più determinazione. In parte per le spinte che provengono dalle stesse società africane e in parte per le pressioni che i donatori e in genere la comunità mondiale esercitano sui governi, l'Africa dà l'impressione di volersi attrezzare per munirsi di un sistema di restrizioni o autorestrizioni che portano in primo piano i diritti umani comprimendo i diritti sovrani degli Stati»²³⁹.

Del resto è indisconoscibile che:

«a fronte dei scarsi risultati ottenuti dall'OUA nella sua veste di massima espressione della retorica panafricanista e terzomondista, troppo spesso strumentale agli interessi dei capi di Stato africani e troppo poco coinvolta nelle tematiche sui diritti umani, incapace di affrontare le crisi ricorrenti di un Continente caldo sul fronte umanitario, sembra che l'UA abbia già saputo dare prove di una migliore capacità di gestione delle crisi locali: si pensi alle violenze e all'emergenza umanitaria nel Darfur o alle vicende del Togo circa la successione alla guida del Paese»²⁴⁰.

Sulla scorta dell'ondata democratica fu adottata dall'Assemblea dell'Unione africana il 30 gennaio 2007 la *Carta africana per la democrazia, le elezioni e la governance*²⁴¹ che disciplina la democrazia partecipativa nella misura in cui si propone di regolare lo svolgimento di libere elezioni, l'instaurazione di norme certe per una corretta successione dei governi e l'affermazione di una cultura della democrazia, della stabilità politica e della *good*

presenta due notevoli differenze. La prima riguarda i rapporti tra la Commissione e la Corte, con una prevalenza funzionale della Corte sulla Commissione; il secondo risiede nel fatto che rispetto all'omologa europea la Corte africana ha competenza *ratione materiae* a carattere più ampio, poiché si estende a “tutti i casi e a tutte le controversie a essa deferiti riguardanti l'interpretazione e applicazione della Carte, del Protocollo e di ogni altro strumento rilevante in materia ratificato dagli Stati interessati”. In questo modo la Corte Africana, unico vero organo giudiziario a livello continentale operante in materia di diritti umani, presenta tutte le potenzialità di una “Corte di garanzia dei diritti a largo raggio”» Ivi, p. 114.

²³⁹ G. Calchi Novati, *La tutela dei diritti in Africa*, cit., pp. 109-110.

²⁴⁰ C. Visconti, *Africa e diritti umani*, cit., p. 43.

²⁴¹ Cfr. UA, *African Charter on Democracy, Elections and Governance*, 30 January 2007: https://www.au.int/web/sites/default/files/treaties/7790-file-african_charter_on_democracy_elections_and_governance.pdf (ultima visualizzazione aprile 2017); tr. it. *Carta africana per la democrazia, le elezioni e la governance*, a cura di M.L. Schiavone in «Parolechiave», 37 (2007), pp. 135-151.

*governance*²⁴². Tuttavia tale modello democratico, pur avendo avuto storicamente la sua scaturigine dal contesto occidentale, non può essere inteso come un'imposizione, ma risponde anche ad esigenze endogene assai significative.

«È oggetto di discussione se la democratizzazione dell'Africa risponda a impulsi interni o esterni. Le condizionalità dei donatori si sono aggiunte effettivamente alle rivendicazioni di pluralità provenienti dalle stesse società africane in ebollizione controllata per cause indipendenti da questi incentivi. Sapendo di vivere in una condizione di emergenza, l'Africa fa sue le espressioni più collaudate del modello istituzionale del mondo occidentale (...). L'Africa non insiste più come in passato sull'indipendenza. La specificità che è insita in tutte le ideologie nazionaliste, soprattutto se basate su motivi culturali come la negritudine o il comunitarismo, è adattata ai principi universali che coronano la democrazia e la libertà. La tradizione africana, oggetto per suo conto di idealizzazione, *si adatta alla modernità* in quanto egualitaria e non gerarchica. L'Africa prende atto di essere dentro la storia globale»²⁴³.

L'Africa si adatta alla modernità emulando la strutturazione giuridico-istituzionale occidentale, lasciandosi indirizzare dall'esterno nel processo di democratizzazione, ma in maniera non passiva: la cultura africana accetta e non subisce il modello di cittadinanza invalso per entrare a far parte della contemporaneità, giacché per raggiungere tale scopo deve mostrarsi componente *attiva* nella misura in cui si dispone a reinterpretare i propri costrutti.

È indisconoscibile, tuttavia, che gli Stati africani ancora dipendano dai paesi Occidentali (e non solo) per quanto concerne le risorse, ma questo è certo stato determinato dallo stesso atteggiamento impositivo occidentale²⁴⁴. Tuttavia addurre che lo sviluppo di un Paese sia condizionato solo dalle relazioni economiche mondiali, che pur rappresentano un problema

²⁴² O. Okafor, *Human Rights in Africa: from the OAU to the African Union*, in «African Studies Review», 49 (2006) 1, pp. 173-174.

²⁴³ G. Calchi Novati, *La tutela dei diritti in Africa*, cit., pp. 113-114 (c.v.o mio).

²⁴⁴ Molto lucida in proposito è l'analisi della Moyo la quale denuncia con forza come le politiche occidentali di aiuto finanziario alle popolazioni bisognose del mondo, specialmente dell'Africa – spesso di stampo propagandistico – anziché migliorare le condizioni di vita delle popolazioni oggetto degli interventi, a lungo termine si rivelano fattori che non solo contribuiscono a perpetuare dipendenza e sottosviluppo, ma anche a rendere estremamente fragili i sistemi politici, hanno alimentato ed alimentano una corruzione diffusa e sono stati destinati all'acquisto di armi necessarie alle infinite guerre che continuano ad insanguinare l'Africa. Secondo l'autrice, quegli stessi governi che si arricchiscono e mantengono il potere grazie agli aiuti, non hanno alcun interesse a modificare la situazione e ad intraprendere iniziative capaci di produrre sviluppo e benessere nelle popolazioni e restituire dignità a masse di popolazione che, a stento, e neppure sempre, sopravvivono grazie alle elemosine. La studiosa non nega che gli aiuti umanitari abbiano anche consentito l'accesso al cibo, all'istruzione e alle cure da parte di molti africani e che sia necessario intervenire, da parte dei paesi ricchi, nei casi di emergenze umanitarie. Oggetto della sua critica è soprattutto il metodo di intervento; un metodo che *non crea sviluppo ma dipendenza*, che, attraverso i *fiumi di denaro* stanziati a pioggia, direttamente ai governi africani dai governi occidentali, dalle multinazionali e anche dalle ONG (solo il 20% dei fondi erogati raggiunge le popolazioni bisognose), non riesce a costituire piattaforme di sviluppo sostenibile a lungo termine e condanna il Continente africano alla povertà, alla dipendenza, alla vulnerabilità. La Moyo giunge a sostenere la necessità di sospendere gli aiuti internazionali, fissando precise scadenze a partire dalle quali gli aiuti cesseranno, a cominciare dai paesi meno poveri. Cfr. D. Moyo, *La carità che uccide. Come gli aiuti dell'Occidente stanno devastando il Terzo mondo*, tr. it. L. Lanza – P. Vicentini, Rizzoli, Milano, 2010; Id., *La follia dell'Occidente. Come cinquant'anni di decisioni sbagliate hanno distrutto la nostra economia*, tr. it. di F. Peri, Rizzoli, Milano, 2011.

sostanziale, è un'interpretazione riduttiva di un dilemma più ampio: esemplare in proposito è la surriportata lezione di A. Sen secondo il quale solo la *libertà*, ancor più se accompagnata dalla giustizia, può consentire lo sviluppo e l'ampliamento della cittadinanza²⁴⁵.

S'intende allora che non è possibile tacciare l'Africa di fissismo perpetrato nella misura in cui avanzamenti, seppur non ancora troppo significativi sul piano economico, sono esperibili tangibilmente dal punto di vista della *governance* ed è chiaro che una cornice politica forte non può che prestarsi meglio alle sfide della modernizzazione socioeconomica.

A ben vedere i moderni stati africani rappresentano un *novum*, nato dalla sintesi ben avviata tra diritti di derivazione occidentale e tradizione africana che resta un elemento costitutivo della *modernità africana*. Del resto nella stessa *Carta africana* dell'UA 2007 si rimarca una difesa dei valori africani, delle autorità tradizionali e si raccomanda di trovarne una collocazione non di secondo rispetto nell'ordine democratico: «Considerato il ruolo permanente e vitale delle autorità tradizionali, specialmente nelle comunità rurali, gli Stati si impegnano a trovare le vie e i mezzi atti ad accrescerne l'integrazione e l'efficacia all'interno del più ampio sistema democratico» (art. 35)²⁴⁶.

È a questo punto evidente il superamento della tesi secondo la quale la diffusione dei diritti umani di origine occidentale in Africa fosse gesto forzoso, di impossibile e pernicioso realizzazione per la chiusura della tradizione africana alla purezza delle sue origini, il che conduceva a negare l'universalità dei diritti umani. Si assiste, invece, ad un'apertura dei paesi africani alla *storia*, non nel senso di superamento della tradizione, ma del suo *adeguamento* al moderno che si guarda bene dal minare le fondamenta identitarie e, piuttosto, tiene fisso lo sguardo sui diritti umani.

«Lo Stato africano contemporaneo, pur integrato nell'economia capitalista, è la costruzione di gruppi che controllano le opportunità prodotte da meccanismi differenti nel cuore stesso delle società tradizionali con un grande risalto all'informalità. Benché il colonialismo e, per motivi opposti e speculari, la decolonizzazione abbiano fatto di tutto per polarizzare l'attenzione sui tratti venuti dall'esterno, se appena si scende sotto la soglia dell'ufficialità, la politica africana può essere spiegata solo in riferimento alle tradizioni. Non si tratta di una dicotomia tra due realtà non comunicanti: da una parte la sfera dello Stato-nazione attorno alla capitale e alle città, dall'altra la periferia rurale caratterizzata da una concezione familiare, ascrivibile e sacrale del potere. La cultura originale subisce mutazioni e contaminazioni per effetto dello sviluppo e della modernizzazione, ma riaffiora di continuo in fenomeni come la sovranità diffusa – propria degli Stati “deboli” (*soft*), a livello di ordinamenti tribali, relazioni parentali, clan, classi d'età o genere –

²⁴⁵ Cfr. A. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, cit.

²⁴⁶ *Carta africana per la democrazia, le elezioni e la governance*, cit., p. 147.

e con effetti che possono essere dirompenti, i revivalismi etnici. La sovranità vale soprattutto verso l'esterno. All'interno sopravvivono altre sfere di appartenenza e quindi di giurisdizione»²⁴⁷.

Il «regno dell'importato» e «il regno dell'indigeno»²⁴⁸ coesistono disponendosi entrambi alla modificazione della storia. Ciononostante sostenere che l'assunzione dei diritti umani nel contesto africano sia una conquista vulnerabile esposta al «rischio, sempre presente, che vengano sacrificati in nome di superiori interessi»²⁴⁹ vuol dire non intendere che l'Africa è un soggetto attivo del suo stesso cambiamento che ha faticosamente conquistato e che è difficilmente disposto ad abbandonare.

Del resto, come dimostrato non solo dalla storia delle Carte, ma anche dagli esempi pratici delle tradizioni descritte nella seconda sezione che, come detto, sono sempre meno frequenti e si dispongono ad adeguamenti continui,

«il quadro africano è niente affatto statico. I popoli d'Africa, come tutti i popoli, non hanno mai spesso di lottare per condizioni di vita migliori e soprattutto per società politicamente più aperte e responsabili. Il ripudio popolare del partito unico e di sistemi antidemocratici e autoritari, che ha inaugurato una “novella primavera africana” ripropone la speranza che gli impulsi predatori nello Stato post-coloniale possano essere fermati. All'interno degli Stati le ONG si sono moltiplicate e i governi stanno facendo i conti con il vento di libertà che soffia anche attraverso le nuove tecnologie del mondo globale, per giungere a rivedere politiche e normative offensive dei più basilari diritti umani. A livello continentale ONG e giuristi specializzati in diritto umanitario hanno chiesto a gran voce alla Commissione Africana di giocare un ruolo prioritario nella regia del cambiamento insieme alla Corte Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli, a cui si chiede di colmare lacune lasciate dalla Commissione nell'effettiva tutela dei diritti»²⁵⁰.

Dunque la storia dei diritti umani in Africa surriportata testimonia che si è assistito ad una progressiva apertura in seno alla consapevolezza giuridica fondamentale, di tal che si può addurre una costitutiva storicità, ovvero disponibilità al cambiamento, della stessa mentalità africana o almeno, rispetto a ciò, delle élites dirigenti che esercitano il loro diritto di voto. Per quanto concerne la popolazione rurale forse il cammino sarà più lungo, ma non deve per questo escludersi la possibilità di un adattamento al moderno che, non svilendo la matrice culturale tradizionale più profonda, la intenda in ossequio ai diritti umani fondamentali.

Un'apertura ai diritti vuol dire, dunque, coinvolgere non solo il piano politico-istituzionale ed economico nella disposizione al moderno, ma soprattutto ricomprendere la mentalità della popolazione, in specie di quella rurale, nell'accettazione di un cambiamento che si esperisce sopravveniente. E a tale fine, come visto nelle sezioni precedenti, le

²⁴⁷ G. Calchi Novati, *La tutela dei diritti in Africa*, cit., p. 117.

²⁴⁸ Ibidem.

²⁴⁹ C. Visconti, *Africa e Diritti Umani*, cit., p. 7.

²⁵⁰ Ivi, p. 113.

campagne per il riconoscimento dei diritti intraprese da organizzazioni non governative, gruppi ed associazioni nazionali e transnazionali, come dall'iniziativa privata di religiosi e laici dal carisma straordinario, si rivelano particolarmente efficaci in quanto non agiscono solo sul piano della trasformazione dei dispositivi giuridici²⁵¹, ma operano una sensibilizzazione dei popoli che determina un coinvolgimento individuale su dette questioni, non scevro di conseguenze che lasciano ben sperare. Si affaccia così l'idea che, al fine di consentire l'accettazione non passiva delle politiche sovranazionali in tema di diritti umani (e non solo), la strada della sensibilizzazione a partire dal basso e della responsabilizzazione individuale prima e comunitaria poi, possa determinare una porosità endogena della mentalità africana che si disponga ed anzi aneli ad un consapevole mutamento in direzione di una piena realizzazione della mediazione tra tradizioni e diritti.

3. *Storicità di diritti e tradizioni*

La descritta evoluzione giuridica del diritto africano in ordine ai diritti umani, invero, non fuga ancora il dubbio relativo all'effettiva modificabilità (e legittimità della modificazione) della tradizione indigena. Dal canto suo il diritto africano ha testimoniato di non essere un fenomeno statico, ma anzi alquanto disposto a cogliere i mutamenti sociali e le nuove esigenze palesantisi: pur riflettendo una cultura tradizionale ancora molto avvertita e particolarmente influente anche per le istituzioni giuridiche e morali dei gruppi, il diritto africano si lascia definire come tendente al conservatorismo, ma non vittima della staticità²⁵².

«In molti sistemi giuridici, particolarmente nelle società postcoloniali, non si dà alcuna struttura omogenea in sé conchiusa, ma sono presenti: un diritto nazionale, un diritto internazionale, rapporto giuridici transnazionali fra attori statali e della società civile, accanto a concezioni giuridiche tradizionali, religiose e legate alla consuetudine, che altrettanto spesso non si arrestano ai confini dello Stato. Questa pluralità, da un lato viene rafforzata dalla globalizzazione, che tuttavia, dall'altro, suscita in taluni ambiti proprio un acuirsi del regionalismo, il che ha condotto a parlare di "Glocalization". In questo senso la richiesta di rispetto dei diritti umani nei confronti degli Stati attuali non va affatto interpretato come il confronto di una tradizione omogenea con un

²⁵¹ La Visconti riconosce un ruolo primario alla Corte per un mutamento più deciso del presente stato di cose: «Un sistema efficace di protezione regionale dei diritti dell'uomo, ha bisogno di istituzioni forti a cui ancorare saldamente le sue norme. La Corte potrebbe rivelarsi una delusione se gli Stati africani non procedono a una revisione della Carta Africana nel senso di un rafforzamento del garantismo delle sue disposizioni e se l'UA non provvede a fornire supporto materiale e morale per permettere alla Corte di funzionare come istituzione significativa e indipendente, come è giusto che sia. Infine l'integrità e la vitalità della Corte dipenderà dal tempo e dalla dedizione di coloro che saranno chiamati a sedere tra i suoi banchi e a servire la causa dei diritti dell'uomo con impegno esclusivo primario» Ibidem.

²⁵² L. Marasinghe, *Traditional Conceptions of Human Rights in Africa*, in C. Welch- R. Meltzer (ed. by), *Human Rights and Development in Africa*, State University of New York Press, New York, 1984, pp. 32-45.

catalogo di istanze estranee, introdotte dall'esterno ad opera delle organizzazioni non governative o della comunità internazionale»²⁵³.

Tuttavia, adducendo che la politica internazionale dei diritti umani ha determinato delle aperture in seno alla politica africana e, come si è già visto, anche a quella beninese da cui si attende una sensibilizzazione della stessa cultura tradizionale, non si vuole cercare di sostenere che i diritti umani universali possano “servirsi” delle politiche statali come mezzo per introdursi nel contesto sociale sfruttando logiche di potere e, dunque, politicamente, anche perché ciò non garantirebbe dalla temuta arbitrarietà o impositività dell'intervento su pratiche identitarie preesistenti.

È sempre molto delicata la questione relativa al far penetrare diritti nel tessuto etico altrui che, per quanto desiderabili, si rischia di subirli: pertanto si è proposto, avvalorando l'idea con le tesi di Sen e Nussbaum, di arrestarsi a delle *condizioni minime* dei diritti, sì da tener ferma una certa dimensione etico-giuridica condivisa, pur nel rispetto delle specifiche tradizioni identitarie. Ciononostante è indisconoscibile che anche questo comporti una revisione delle priorità etiche *all'interno* di un gruppo: difatti per consentire ai diritti umani di essere assunti dalle culture particolari non è possibile prescindere da un ragionamento che parta dal profondo delle stesse strutture etico-teoriche delle culture.

Il problema, allora, si sposta sulle tradizioni culturali al fine di intendere se esse sono omogenee e non modificabili o disponentesi all'avanzamento, ultimo tassello per intendere se *effettivamente* è possibile che i diritti enunciati nelle Carte possano essere assunti in contesti particolari come il Bénin, venendo in aiuto di una tradizione che nella sua totalità non è più assumibile, ma che non è lecito pensare di forzare oltremodo.

I diritti umani, infatti, come detto sulla scia dell'approccio delle capacità, «cercano di formulare quel *minimo di condizioni* che sul lungo periodo rendano possibile una convivenza pacifica fra gli esseri umani», tuttavia, per quanto la rivendicazione dei diritti umani è sempre giustificata (soprattutto rispetto al caso oggetto di studio, ovvero in riferimento a coloro che più degli altri vedono la loro condizione esposta al rischio dell'esclusione, in particolare i malati cronici delle comunità tribali beninesi) e per quanto certamente le tradizioni più esecrabili debbano necessariamente conformarsi ai diritti umani, è evidente che un'imposizione forzosa di questi ultimi potrebbe determinare rischi drammatici per i più deboli. Molta cautela va, dunque, usata rispetto all'estensione dei diritti umani in contesti di senso apparentemente distanti, al punto che parrebbe potersi dire che in taluni casi esistano «tutt'al più ragioni tattiche o pragmatiche per rinunciare provvisoriamente ad imporli, ad

²⁵³ M. Kaufmann, *Diritti umani*, cit., p. 160.

esempio laddove ciò causasse decisamente più sofferenza di quanta non riuscisse ad evitarne»²⁵⁴. Il principio di base dell'iniziativa internazionale deve essere, allora, quello di «non danneggiare coloro che si ha intenzione di proteggere»²⁵⁵ (si pensi al caso delle cosiddette “guerre giuste”) il che, traslato nel contesto indagato, implica la presa d'atto della circostanza secondo la quale imporre ad es. la vita dei *tohossu* o la libertà dei malati mentali alle comunità beninesi che temono il “contagio” dei malati, vorrebbe dire esporre questi ultimi a pericoli ancora peggiori rispetto a quelli cui li condanna la tradizione. Ciò, però, evidentemente, non è un invito all'inopia o, peggio, alla tolleranza di prassi inumane, degradanti e contrarie ai diritti umani, ma un appello alla *mediazione ragionata* tra tradizioni e diritti, alla relazione dialogica democratica che si struttura a partire dalla conoscenza profonda della cultura in oggetto e delle conseguenze da essa scaturenti. È, infatti, manifesto solo a chi si colloca in una prospettiva ermeneutica quanto più possibile prossima alla specificità culturale altrui che «i provvedimenti puramente coercitivi non sono né destinati al successo né tantomeno legittimi» e che «il successo di interventi del genere sta e cade, perciò, con l'assenso della popolazione civile, al conseguimento del quale devono puntare le forze di protezione con tutti quei provvedimenti utili al miglioramento della situazione di vita»²⁵⁶.

Si tratta, dunque, di riconoscere la necessità di un duplice lavoro di negoziazione che per un verso orienti le tradizioni al rispetto dei diritti umani i quali non possono certo essere sacrificati sull'altare delle fedi religiose, ma, per altro verso, disponga gli stessi diritti ad una contestualizzazione *storico-situazionale* con l'obiettivo di determinarne un accoglimento da parte delle tradizioni, il che non vuol dire aprire al relativismo dei diritti, ma ad un *relazionismo*, ovvero ad una relazione consapevole con i valori specifici di una determinata cultura.

Ciò evidentemente implica l'assunzione di un punto di vista *storico*, ovvero che interpreta non solo i diritti e i principi universali come non separati, bensì pronti ad implicarsi con la concretezza della storia, ma anche intravede la possibilità di una storicizzazione della tradizione culturale, ovvero della sua disponibilità al cambiamento in risposta alle mutate condizioni storico-situazionali. Ciononostante tale presupposto dev'essere sostenuto da un'argomentazione teorica forte, giacché, anche se i diritti hanno dimostrato la disponibilità all'avanzamento sul piano teorico delle Carte e dei documenti, è ancora in dubbio che, soprattutto nel tempo globale, possano trovare un effettivo riscontro empirico e, per altro verso, il medesimo sospetto di destorificazione involve anche le tradizioni culturali in quanto

²⁵⁴ Ibidem (c.vo mio).

²⁵⁵ Ivi, p. 174.

²⁵⁶ Ivi, p. 175.

non da tutte le scuole di pensiero sono considerate passibili di mutamento e/o fuoriuscita dal passato. Il riferimento è, evidentemente, a un'acclarata tradizione storico-filosofica, ma anche antropologica ed etnologica che non solo assume una prospettiva naturalistica e deterministica dello sviluppo culturale, ma in ispecie considera la cultura africana esclusa dalla storia²⁵⁷.

Non è certo possibile in questa sede approfondire oltremodo tale questione, tuttavia si proverà ad intendere se le tradizioni o identità culturali debbano essere intese come statiche ed incomunicabili – prospettiva, come visto nel capitolo primo della presente sezione, assunta dal multiculturalismo – o se è possibile immaginare che esse, nel rispetto della propria libertà di autodeterminazione ed autosignificazione (diritti culturali), possano disporsi all'accoglimento, a sua volta non impositivo, ma consapevole della necessità di mediazione storico-situazionale, dei diritti umani.

In proposito particolarmente interessante è la posizione della filosofa, docente di Scienza Politica presso l'Università di Yale, di origine musulmana, ma di formazione occidentale, Seyla Benhabib, la quale restituisce un punto di vista sui temi sollevati particolarmente originale e rispondente agli scenari politici internazionali più recenti.

L'errore più comune della politica contemporanea è per la Benhabib è quello di interpretare le culture come totalità organiche, compiute e cristallizzate nel tempo, tipico dei multiculturalisti che suddividono il mondo in culture separate ed incomunicabili:

«sotto l'aspetto filosofico non credo alla purezza delle culture, così come non credo neppure alla possibilità di individuarle come totalità significativamente discrete. Piuttosto, guardo ad esse come a complesse pratiche umane di significazione e rappresentazione, organizzazione e attribuzione, frazionate al proprio interno da narrazioni in conflitto. Le culture si costituiscono attraverso complessi dialoghi con le altre culture e, nella maggior parte di quelle che sono pervenute a un certo grado di differenziazione interna, il dialogo con l'altro è intrinseco piuttosto che estrinseco alla cultura stessa»²⁵⁸.

²⁵⁷ Si ricordi solo che già nelle Lezioni di filosofia della storia di Hegel è ben presente l'idea che l'Africa sarebbe incapace di una vera storia, in quanto perennemente immersa nella sua dimensione infantile, priva di una consapevolezza di sé ed assolutamente incapace di evolversi, idea, questa, che ha alimentato il pregiudizio eurocentrico per certi versi ancora dilagante. Scrive Hegel «Nell'Africa in senso proprio è l'esperienza sensibile lo studio a cui l'uomo si è fermato, il godimento sensuale, grande forza muscolare per resistere al lavoro, bontà d'animo fanciullesca, ma anche irragionevole e insensibile crudeltà» G.W.F. Hegel, *Vorlesungen über die Philosophie der Weltgeschichte*, Hamburg, 1996; tr. it. *Filosofia della storia universale. Secondo il corso tenuto nel semestre invernale 1822-23*, a cura di S. Dellavalle, Einaudi, Torino, 2001, p. 91. Tale idea è ancora presente nel pensiero di Croce, contro cui si pone ad esempio il già citato E. De Martino. Cfr. su ciò M. Cometa, *Studi culturali*, Guida, Napoli, 2010.

²⁵⁸ S. Benhabib, *The Claims of Culture: Equality and Diversity in the Global Era*, Princeton University Press, Princeton, 2002; tr. it. *La rivendicazione dell'identità culturale. Eguaglianza e diversità nell'era globale*, a cura di A.R. Dicuonzo, Il Mulino, Bologna, 2005, p. 9. Come dirà più oltre la Benhabib l'errore della «sociologia riduzionista della cultura» si compone di «premesse epistemiche erranee: 1) che le culture costituiscano totalità nettamente descrivibili; 2) che sussista un rapporto di rispondenza tra esse e i gruppi di popolazione, e che sia possibile una descrizione incontrovertibile della cultura di un gruppo; 3) che persino quando non si dia un'assoluta corrispondenza, che persino laddove sia presente più di una cultura all'interno di un gruppo o più

Bisogna, dunque, smettere di pensare gli individui relegati entro i confini angusti delle tradizioni, interpretate in maniera conservatrice, portando avanti visioni miopi delle culture come monolitiche, refrattarie ad ogni trasformazione, giacché ciò uccide in partenza ogni possibilità di dialogo autentico e di creazione di una *democrazia deliberativa* dinamica che renda il pluralismo delle culture capace di iscriversi in un universalismo insieme morale e politico.

Particolarmente interessante ai nostri scopi è tale posizione non solo perché riconosce una trasformabilità e, dunque, una storicità di tutte le culture, superando così il pregiudizio che vedeva in quella africana un incomprensibile ripetersi identico, cantilenante e anacronistico delle tradizioni del passato, ma soprattutto perché intravede la possibilità di un cambiamento delle culture determinato sia dall'esterno, ovvero dall'incontro con l'altro e con i diritti universali, che dall'interno, come consapevole e volontaria spinta endogena al nuovo.

In continuità con la teoria discorsiva di Habermas, la Benhabib apre ad un'*etica del discorso* in cui ciascuno si riconosce titolare del diritto di espressione, rivendicazione della propria identità e conservazione della propria cultura, non intesa però in senso esclusivo e fazioso, ma aperta al confronto con l'altro, con il quale avviene una *negoziiazione democratica* di alcune forme di differenza basata sul *rispetto universale* e *reciprocità egualitaria* in un'ottica inclusiva²⁵⁹.

d'un gruppo depositario dei medesimi tratti culturali, ciò non ponga problemi di rilievo per la politica o l'ambito delle decisioni e dei provvedimenti amministrativi» Ivi, p. 22. Il «costruttivismo sociologico» di cui l'autrice si fa portavoce la conduce, invece a sostenere che «si dovrebbe guardare alle culture umane come a creazioni, o meglio ri-creazioni e negoziazioni ininterrotte degli immaginari confini tra “noi” e l’“altro”. L’“altro” è anche sempre dentro di noi ed è uno di noi. Il Sé è tale solo perché si distingue da un “altro” reale o, il più delle volte, non semplicemente immaginato. Le lotte per il riconoscimento tra gli individui e i gruppi sono, in effetti, tentativi di negare la condizione dell’“alterità” nella misura in cui si crede che l’alterità implichi spregio, dominio e ineguaglianza (...). Sia nella sfera della psiche individuale, sia in quella della supposta comunità di una nazione, è molto arduo accettare l’“altro” in quanto profondamente diverso e riconoscerne, nel contempo, la parità e la dignità umane fondamentali. Ritengo che compito dell’*eguaglianza democratica* sia la creazione di istituzioni pubbliche imparziali nella sfera pubblica e nella società civile, in cui la lotta per il riconoscimento delle differenze tra culture e il conflitto tra narrazioni culturali possa aver luogo senza esiti egemonici». Ivi, pp. 26-27.

²⁵⁹ Cfr. Id., *Situating the Self: Gender, Community, and Postmodernism in Contemporary Ethics*, Routledge-Polity, New York London, 1992. Tali concetti vengono ripresi in Id., *La rivendicazione dell'identità culturale*, cit., pp. 30-36: «Con Jürgen Habermas, ritengo che norme e assetti istituzionali normativi possano essere considerati validi solo a condizione che tutti coloro che siano investiti dalle conseguenze ch'essi comportano, possano prendere parte al discorso pratico attraverso cui le norme vengono adottate. Le norme del rispetto universale e della reciprocità egualitaria fondano di per sé prassi di argomentazione discorsiva: in qualche forma, esse devono essere presupposte perché il discorso pratico sia possibile. Ciò riflette non un circolo vizioso, bensì virtuoso: il dialogo morale e politico comincia laddove si presumano rispetto, parità e reciprocità tra i partecipanti (...). I discorsi costituiscono procedure di *validazione ricorsiva*, tramite la quale norme e principi astratti vengono concretati e legittimati (...). I discorsi pratici, nel senso più lato, includono i *discorsi morali* sulle norme universali di giustizia, i *discorsi etici* sulle forme del buon vivere e i *discorsi politico-pragmatici* sul fattibile. Si tratta di processi dialogici attraverso cui, oltre a concretare e contestualizzare il significato delle norme, determinano anche il tipo di problema in discussione. Molto spesso il dialogo morale è necessario per individuare una questione che attiene alla legislazione piuttosto che alla moralità, all'estetica piuttosto che alla politica. Quanti vi partecipano devono non solo pervenire all'interpretazione delle norme in questione, ma anche

Difatti, secondo la Benhabib, il presupposto fondamentale dell'etica del discorso stabilisce che «a essere validi sono soltanto quelle norme e quegli ordinamenti istituzionali normativi che possono essere accettati da tutti gli interessati in particolari situazioni argomentative dette discorsi»²⁶⁰. Tale principio, definito dall'autrice una *metanorma*, presuppone gli altri due suddetti: quello del *rispetto morale universale*, che riconosce «il diritto di tutti gli esseri umani capaci di linguaggio e azione alla conversazione morale», e quello della *reciprocità egualitaria*, il quale stabilisce che «nei discorsi ciascuno deve avere pari diritto ai vari atti comunicativi, alla proposizione di nuovi argomenti e alla richiesta di spiegazioni sui presupposti della conversazione». Ciò tuttavia apre al dubbio che tale etica del discorso escluda dalla conversazione morale tutti coloro che non sono pienamente capaci di linguaggio e azione, come i bambini, i disabili, i malati di mente. A tale perplessità la Benhabib risponde che bisogna considerare «la conversazione morale come potenzialmente estendibile a tutta l'umanità»²⁶¹:

«ogni persona, e ogni agente morale, che ha interessi e che possa essere toccato o influenzato in una maniera o nell'altra dalle mie azioni e dalle loro conseguenza è potenzialmente per me un compagno di conversazione morale: ho l'obbligo morale di *giustificare le mie azioni con ragioni* di fronte a questa persona o ai suoi rappresentanti. Rispetto il valore morale dell'altro riconoscendo la necessità di fornirgli una giustificazione per le mie azioni. Siamo tutti partecipanti potenziali a queste conversazioni»²⁶².

Invero la Benhabib individua tre condizioni normative necessarie perché il pluralismo giuridico di uno stato liberaldemocratico raggiunga gli obiettivi di diversità culturale e parità democratica senza compromettere i diritti delle minoranze: la *reciprocità egualitaria*, l'*autoascrizione volontaria* e la *libertà d'uscita e associazione*²⁶³.

alla condivisione di un'interpretazione *situazionale* delle loro programmate applicazioni. Nell'ambito delle società multiculturali, i discorsi esigono di frequente la negoziazione di tali condivise interpretazioni situazionali» Ivi, pp. 31-32.

²⁶⁰ Id., *The Rights of Others. Aliens, Residents and Citizens*, University of Cambridge Press, Cambridge, 2004; tr. it., *I diritti degli altri. Stranieri, residenti, cittadini*, tr. it. di S. De Petris, Raffaello Cortina, Milano, 2006, p. 10. Il rimando è a J. Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1983, tr. it. *Etica del discorso*, a cura di E. Agazzi, Laterza, Roma-Bari, 1989; S. Benhabib, *Situating the Self*, cit., p. 29. Cfr. anche Id., *La rivendicazione dell'identità culturale*, cit. 146-149.

²⁶¹ Id., *I diritti degli altri*, cit., pp. 10-11.

²⁶² Id., *Another Cosmopolitanism*, Oxford University Press, Oxford, 2006, pp. 13-80; tr. it., *Cittadini globali. Cosmopolitismo e democrazia*, a cura di V. Ottonelli, il Mulino, Bologna, 2008, pp. 19-20.

²⁶³ Scrive la Benhabib «concentrandomi sui dilemmi del multiculturalismo e sulla questione femminile in paesi dalle tradizioni pluraliste, sostengo che, purché queste strutture pluraliste non violino tre condizioni normative, esse possono essere del tutto compatibili con un modello universalista di democrazia deliberativa (...): 1) *reciprocità egualitaria*: ai membri di minoranze culturali, religiose, linguistiche e d'altro genere non devono venire riconosciuti, sulla base della loro appartenenza, diritti politici, economici e culturali inferiori a quelli della maggioranza; 2) *autoascrizione volontaria*: nelle società multiculturali consociative o federative un individuo non deve venire automaticamente ascrivito a un gruppo culturale, religioso o linguistico sulla base della sua origine. La sua appartenenza a un gruppo deve consentire le forme di autoascrizione e auto identificazione più estese possibili. Seppure vi saranno numerosi casi in cui tale auto identificazione potrà essere messa in

Pertanto, con l'obiettivo di tenere insieme la posizione universalista dell'inclusione democratica e la conservazione delle culture (sottolineando però che in caso di scelta bisogna attribuire il primato all'ampliamento dell'inclusione democratica), la Benhabib opera una riconciliazione tra *sfera pubblica* e *sfera privata*. Rispetto al caso oggetto di studio questo vuol dire che non è possibile addurre una separazione tra contesto pubblico in cui si è esperito l'avanzamento in ordine ai diritti umani e l'ambito privato in cui persistono le pratiche lesive dei diritti umani nell'ambito dei diritti culturali.

A differenza, ad esempio, del modello di "consenso per intersezione" di Rawls (ma anche del modello dell'egualitarismo liberale di Barry, come dell'intreccio pluralistico delle gerarchie di Shachar) il quale adduce che le divisioni filosofiche o religiose restino impregiudicate come questioni private, ma superate nell'ambito della comune sfera pubblica, la Benhabib mostra gli esiti deleteri di una politica di Stato che si attenga alla sfera pubblica, preoccupandosi solo di salvaguardare le tradizioni identitarie, trascurando la sfera privata ove si continuano a perpetrare lesioni dei diritti individuali. A suo avviso, la politica non può difendere i diritti culturali e trascurare quelli individuali, giacché i due possono essere in conflitto come nel caso delle tradizioni di cura beninesi descritte nella seconda sezione del lavoro ove il rispetto della cultura mina quello della persona e della sua dignità.

L'esempio proposto dalla Benhabib di una politica che, ponendosi in difesa dei diritti culturali, va ad intaccare quelli individuali, è quello di alcuni tribunali americani che, seguendo una strategia liberale finalizzata a rendere giustizia al pluralismo culturale, hanno previsto l'introduzione nelle cause penali della "difesa culturale" col che le azioni di un imputato avrebbero dovuto essere contestualizzate alla luce del suo bagaglio culturale, con l'evidente conseguenza di giustificare anche i suoi delitti a detrimento della protezione e giustizia di quelli che avevano subito le sue azioni. La Benhabib nota in proposito che non solo tale provvedimento nega la tutela di coloro che sono vittime delle tradizioni, in particolare donne e bambini, giustificando i reati della perpetuazione delle prassi tradizionali nefaste, ma fondamentalmente assume un trattamento diverso per ciascun colpevole in nome di differenti norme culturali, il che dà la stura ad un relativismo inammissibile, soprattutto nelle cause penali. L'individualità del colpevole, le sue intenzioni, le sue motivazioni vengono

questione, lo stato non dovrebbe semplicemente accordare al gruppo il diritto di definire e controllare l'appartenenza a spese dell'individuo. È invece auspicabile che, a un certo momento della loro vita adulta, agli individui sia chiesto se accettano o meno di mantenere la loro appartenenza alle comunità d'origine; 3) *libertà d'uscita e associazione*: la libertà di un individuo di uscire dal gruppo ascrittivo deve essere illimitata, sebbene l'uscita possa accompagnarsi alla perdita di certi privilegi formali e informali. In ogni caso, la volontà degli individui di rimanere membri di un gruppo, anche laddove contraggono matrimonio al di fuori del gruppo stesso, non può essere respinta» Id., *La rivendicazione dell'identità culturale*, cit., pp. 41-42.

sussunte entro la tipicità della sua cultura, considerata immobile e statica, sicché si abbandona ogni possibilità di apertura in seno alla tradizione, di dialogo e di mediazione con i diritti:

«La strategia della difesa culturale imprigiona l'individuo in una gabbia di interpretazioni culturali e di motivazioni psicologiche univoche, cosicché le intenzioni degli individui vengono ridotte a stereotipi culturali, l'azione morale a una burattinata culturale (...). La responsabilità dei bianchi liberali compete con i "crimini passionali" perpetrati da individui del Terzo Mondo. In tutti questi casi, i giudici avrebbero potuto confermare una condanna più severa dell'imputato, così da garantire in conformità alla costituzione, i pari diritti delle donne e dei bambini. Ciò avrebbe segnalato al resto delle comunità coinvolte d'avere a che fare con negoziazioni culturali, attraverso le quali avrebbero dovuto apprendere a mantenere la propria identità culturale senza dover praticare alcuna discriminazione contro le proprie donne e i propri bambini e senza doverli ridurre a una condizione subordinata. Ribadendo la difesa culturale degli imputati i giudici hanno confermato la visione di queste altre culture come totalità monolitiche, refrattarie al cambiamento e alla trasformazione interni»²⁶⁴.

La frizione tra la arroganza di una cultura presuntivamente dominante²⁶⁵ da una parte e la pretesa di una comunità di conservare gli elementi più regressivi della propria cultura non hanno entrambi ragione di essere, perché palesano una chiusura tra culture nettamente definite che l'autrice respinge. È ormai chiaro che la Benhabib «si pronuncia in favore del riconoscimento dell'ibridismo radicale e della plurivocità di tutte le culture, le quali, al pari delle società, non sono sistemi di azione e significazione olistici, bensì plurivoci, polistratificati, decentrati e frazionati»²⁶⁶. Ciò, invero, è particolarmente manifesto rispetto alla cultura africana in cui le tradizioni si diversificano, anche significativamente, da un villaggio ad un altro, il che trova origine ed alimento in una pluralità di contesti storici, economici, socio-antropologici e politico-istituzionali profondamente disomogenei che le hanno determinate. Questo, però, non vuol dire che il riconoscimento di tale pluralità possa impedire l'approssimazione ad una prospettiva condivisa. Difatti, secondo l'avviso della Benhabib, «sotto l'aspetto politico, il diritto all'espressione culturale di sé deve fondarsi sui diritti di cittadinanza universalmente riconosciuti, piuttosto che essere considerato un'alternativa ad essi»²⁶⁷.

²⁶⁴ Ivi, p. 126. Cfr. tutto il cap. III *Multiculturalismo e cittadinanza di genere*, ivi, pp. 117-143.

²⁶⁵ In più occasioni la Benhabib ribadirà che a suo avviso l'universalismo dei diritti non è affatto considerabile come lo specchio dei valori occidentali: «questa inquietudine diffusa riposa su false generalizzazioni circa l'Occidente stesso, l'omogeneità della sua identità, l'uniformità dei suoi processi di sviluppo e la coesione dei suoi sistemi di valori. L'idea che l'universalismo sia etnocentrico presuppone spesso anche una visione omologante delle altre culture e civiltà, delle quali si trascurano quegli elementi che non solo potrebbero essere perfettamente compatibili con la scoperta occidentale dell'universalismo, ma che potrebbero persino costituirne l'origine». Ivi, p. 47.

²⁶⁶ Ivi, p. 48.

²⁶⁷ Ibidem

È dunque possibile tenere insieme la tutela della diversità e il riconoscimento dell'uguaglianza culturale solo se si assume un processo sociale relazionale in cui le identità culturali si aprono a una negoziazione dinamica non solo nella sfera pubblica, ma anche in quella privata. La proposta della Benhabib è, allora, quella di una collaborazione partecipata tra sfera pubblica ufficiale e la società civile: «il modello di una concezione binaria della democrazia deliberativa, il quale pone l'accento sui compiti delle istituzioni formali legislative, politiche e giudiziarie nelle società civili, come pure sul ruolo delle associazioni informali dei cittadini, dei gruppi d'interesse pubblico e dei movimenti sociali nell'ambito della sfera pubblica»²⁶⁸.

A ben vedere, però, sinora si è detto solo che le culture non possono essere intese come totalità statiche e chiuse, anzi sono direttamente coinvolte nella negoziazione che è animata da spinte interne ed esterne, ma ancora non si è ben compreso come i diritti umani possano entrare in questa mediazione, in un tempo globale in cui la nozione di *cittadinanza* ha conosciuto una non sottostimabile ridefinizione dei suoi confini.

La Benhabib sostiene che:

«fin dalla Dichiarazione dei diritti dell'uomo da parte delle Nazioni Unite nel 1948 siamo entrati in una fase dell'evoluzione della società civile globale che è caratterizzata da un passaggio da norme di giustizia *internazionali* a norme *cosmopolitiche*. Le norme di giustizia internazionale sorgono nella maggior parte dei casi attraverso impegni derivanti da trattati e accordi bilaterali o multilaterali tra gli Stati e i loro rappresentanti (...). Le norme di giustizia cosmopolitiche, invece, quali che siano le circostanze della loro origine giuridica, vincolano gli individui in quanto persone morali e giuridiche di una società civile globale. Anche se le norme cosmopolitiche derivano da accordi simili a trattati, quale può essere considerata la Carta dell'Onu per gli stati firmatari, la loro peculiarità è che dotano di diritti e titoli gli *individui*, non gli Stati e i loro rappresentanti»²⁶⁹.

L'autrice nota, dunque, che di fronte alla nascita di un regime internazionale dei diritti umani e alla diffusione di norme cosmopolitiche sta diventando sempre più conflittuale il rapporto tra la sovranità dello Stato e tali norme. Come già accennato, nel contemporaneo tempo globale i confini della comunità politica non si misurano più tenendo conto degli statizzazione e il concetto di cittadinanza è così ampliato da non riuscire più a connotare il senso dell'*appartenenza*. Come ben scrive la Benhabib: «siamo come viaggiatori che esplorano un territorio sconosciuto con l'aiuto di vecchie mappe, disegnate in tempi diversi e in risposta a bisogni differenti. Mentre il terreno sul quale stiamo procedendo, la società mondiale degli stati, è cambiato, le nostre mappe normative non lo sono»²⁷⁰. Il che, nota la filosofa, è ben

²⁶⁸ Ivi, p. 12.

²⁶⁹ S. Benhabib, *Cittadini globali*, cit., pp. 14-15.

²⁷⁰ Id., *I diritti degli altri*, cit., p. 5.

visibile anche in «Africa, dove lo stato-nazione, una precaria istituzione la cui origine risale ad appena mezzo secolo fa, sta sfaldandosi»²⁷¹ al punto che, in contesti sempre meno definiti, ancor più difficile si fa l'applicazione dei diritti umani e, per reazione, si assiste ad una chiusura alla rivendicazione, talvolta ostinata, dell'autonomia culturale e a lotte per l'identità.

Difatti, in contesti come quello del Bénin, l'*appartenenza* politica ad un gruppo, che si è visto essere accompagnata da rituali di accesso, inclusione e privilegio, nulla ha a che fare con la nozione di cittadinanza nazionale. Pertanto il concetto di appartenenza pare particolarmente interessante ai nostri scopi nella misura in cui coinvolge direttamente gli individui ed è proprio quello che manca a tutti gli esclusi, in particolare ai malati cronici delle tribù beninesi, descritti nella seconda parte del presente lavoro. Scrive la Benhabib:

«la condizione di estraneità permanente non solo è incompatibile con un'interpretazione liberaldemocratica della comunità umana, ma rappresenta anche una violazione dei diritti umani fondamentali. Il diritto all'appartenenza politica deve essere sancito da pratiche non discriminatorie nell'applicazione, trasparenti nella formulazione e nell'esecuzione, e passibili di giudizio in caso di violazione da parte degli stati e degli altri organismi parastatali»²⁷².

La filosofa rileva il «“paradosso della legittimità democratica”, ossia il fatto che coloro i cui diritti di inclusione o esclusione dal *demos* sono oggetto di decisione non sono fra quanti decidono su queste regole. Il *demos* democratico può modificare la propria autodefinizione modificando i criteri per l'ammissione alla cittadinanza»²⁷³. L'autrice, in verità, si riferisce al fenomeno degli immigrati, considerati stranieri nel luogo in cui vivono, tuttavia ella è ugualmente consapevole che «gli *outsiders* non si trovano ai margini della comunità, ma anche al suo interno»²⁷⁴, il che rende il suo ragionamento particolarmente prossimo alla considerazione di coloro che sinora abbiamo definito *esclusi*.

La Benhabib sottolinea che, anche se sinora i governi democratici hanno escluso alcuni cittadini dai diritti di cittadinanza e sovranità popolare, è ora tempo di avviare una nuova politica dell'appartenenza che «riguarda la negoziazione di questa relazione complessa tra i diritti della piena appartenenza, l'istanza democratica e la residenza territoriale» e che ha luogo «nel contesto della società mondiale degli stati». Difatti la filosofa sostiene un concetto di sovranità popolare non chiuso, in quanto «definire l'identità di un popolo democratico è un processo continuo di autocreazione costituzionale»²⁷⁵ in cui è possibile intervenire per porre

²⁷¹ Id., *La rivendicazione dell'identità culturale*, cit., p. 7.

²⁷² Id., *I diritti degli altri*, cit., p. 3.

²⁷³ Id., *Cittadini globali*, cit., p. 98.

²⁷⁴ Ivi, p. 104

²⁷⁵ Id., *I diritti degli altri*, cit., p. 16.

un freno al fenomeno dell'esclusione attraverso ciò che l'autrice definisce *iterazione democratica*.

La Benhabib formula il concetto di «iterazioni democratiche» con l'obiettivo di «mostrare come l'impegno verso norme internazionali e costituzionali indipendenti dal contesto possa raggiungere una mediazione con la volontà delle maggioranze democratiche. Le iterazioni democratiche sono complessi processi pubblici di discussione, deliberazione e apprendimento attraverso i quali le rivendicazioni di diritti universalistici vengono contestate e contestualizzate, invocate e revocate, all'interno delle istituzioni politiche e giuridiche così come nella sfera pubblica delle democrazie liberali»²⁷⁶.

Attraverso il concetto di iterazione democratica si coglie dunque la capacità trasformativa delle politiche che viene determinata direttamente dai singoli individui i quali, così, si scoprono pienamente coinvolti nei processi decisionali: «le iterazioni democratiche non solo trasformano i significati consolidati in un sistema politico, ma modificano anche l'autorità dei precedenti», come una sorta di «politica giusgenerativa» in cui «il popolo democratico mostra di essere non solo il *destinatario*, ma anche l'*artefice delle proprie leggi*» di tal che «la politica dell'appartenenza, proprio perché trae fondamento dall'autodefinizione e dalla composizione del *demos*, diventa il luogo di una politica giusgenerativa attraverso la quale il *demos* può affrontare la discrasia tra il contenuto universalista delle proprie premesse costituzionali e i paradossi della chiusura democratica»²⁷⁷. Certo, non tutte iniziative democratiche determinano risultati positivi, ma è evidente che «la politica giusgenerativa in funzione produttiva o creativa ha come risultato l'*accrescimento del significato dei diritti e l'aumento delle capacità di azione politica dei comuni cittadini*, che fanno propri questi diritti impegnandoli democraticamente»²⁷⁸.

I singoli cittadini, compresi quelli sinora esclusi, ritrovano così l'appartenenza ad un contesto di senso più ampio in cui non solo vengono riconosciuti nella loro identità peculiare, ma che essi stessi contribuiscono a determinare realizzando quella mediazione con

²⁷⁶ Ivi, p. 15. «Le iterazioni democratiche sono modi complessi di mediazione della formazione della volontà e dell'opinione delle maggioranze democratiche e delle norme cosmopolitiche». Termine introdotto dalla filosofia del linguaggio di Derrida viene recuperato dalla Benhabib la quale così lo spiega: «nel ripetere un termine o un concetto, noi non produciamo mai semplicemente una replica dell'uso originale o del suo significato inteso: in realtà ogni iterazione è una forma di variazione. Ogni iterazione trasforma il significato, lo accresce, lo arricchisce nelle maniere più sottili. Infatti, in realtà non esiste alcuna sorgente "originaria" di significato, ovvero un "originale" al quale tutte le forme successive si debbano conformare (...). Ciascuna iterazione implica un'attribuzione di senso all'originale in un contesto nuovo e diverso. L'antecedente acquista una nuova posizione e un nuovo significato attraverso usi e riferimenti successivi. Il significato è arricchito e trasformato; per converso, nel momento in cui l'appropriazione creativa di quell'originale autorevole si interrompe o non ha più senso, allora anche l'originale cessa di avere autorità ai nostri occhi (...). Le iterazioni democratiche costituiscono ripetizioni linguistiche, giuridiche, culturali e politiche in trasformazione, richiami che sono anche revoche. Esse non solo mutano le interpretazioni stabilite, ma trasformano anche quella che passa per la visione valida o consolidata del precedente dotato d'autorità». Id., *Cittadini globali*, cit., pp. 60, 64-66.

²⁷⁷ Id. *I diritti degli altri*, cit., pp. 15-16.

²⁷⁸ Id. *Cittadini globali*, cit., p. 68.

l'universalità dei diritti umani che non viene imposta a detrimento dei diritti culturali, ma negoziata in difesa di quelli individuali.

La Benhabib amplia così le norme del discorso etico verso una filosofia politica cosmopolitica di ispirazione kantiana²⁷⁹ rivolta ai singoli individui i quali vengono inclusi nelle politiche nazionali che loro stessi contribuiscono a determinare e, in più, si riconoscono parte di una comunità sovranazionale che fa coesistere, in universalismo politico, la reciprocità egualitaria e la libertà di autodefinirsi:

«in una fase in cui l'istituto della cittadinanza appare frammentato, e la sovranità statale esposta a crescenti tensioni, nuovi spazi subnazionali e sovranazionali si propongono come luoghi per l'adesione e l'azione democratica nel mondo contemporaneo: questi dovrebbero svilupparsi insieme ai sistemi politici esistenti, anziché in alternativa ad essi. È importante rispettare le rivendicazioni delle diverse comunità democratiche, incluse le loro specifiche autodefinizioni culturali, giuridiche e costituzionali, rafforzando allo stesso tempo il loro vincolo nei confronti delle forme emergenti di giustizia cosmopolitica»²⁸⁰.

Ora, rispetto alle domande sopraposte relative alla moralità o giuridicità dei diritti umani e alla possibilità e modalità del loro interrelarsi con le rivendicazioni culturali particolari, «a differenza dei comunitaristi, che riducono le domande di moralità alle rivendicazioni di specifiche comunità etiche, culturali e politiche, e a differenza dei realisti e dei postmodernisti, che si mostrano scettici rispetto al fatto che le norme politiche possano essere subordinate a quelle morali, i sostenitori dell'etica del discorso insistono sulla *necessaria disgiunzione e la necessaria mediazione tra il morale e l'etico, il morale e il politico*. Si tratta per loro di operare mediazioni, non riduzioni»²⁸¹:

²⁷⁹ La Benhabib si colloca sulla scia del federalismo cosmopolitico kantiano: «Di fronte alla condizione attuale si è frequentemente richiamato il concetto kantiano di "cittadinanza cosmopolita" come possibile alternativa (...). Solo che Kant intendeva il cosmopolitismo come atteggiamento etico e non come forma di organizzazione politica; l'interesse etico nel mondo che il cittadino cosmopolita avrebbe dovuto mostrare era possibile solo sullo sfondo della sua devozione a una repubblica specifica. Kant immaginava un mondo nel quale tutti i membri della razza umana sarebbero diventati partecipi di un ordine civile e avrebbero inaugurato una condizione di "associazione legittima" l'uno con l'altro. Il cittadino cosmopolita kantiano aveva bisogno ancora della propria repubblica individuale per essere cittadino a tutti gli effetti, il che spiega perché Kant sia così attento a distinguere un "governo mondiale" da una "federazione mondiale". Un governo mondiale, egli afferma, sfocerebbe in un "dispotismo privo di anima", mentre una federazione mondiale permetterebbe ancora l'esercizio della cittadinanza all'interno di comunità circoscritte (...). La *res publica mundialis* non può consistere in un'unica repubblica mondiale; solo una federazione di repubbliche separate è compatibile con l'idea repubblicana di libertà» Id., *La rivendicazione dell'identità culturale*, cit., p. 236.

²⁸⁰ Id., *I diritti degli altri*, cit., p. 2.

²⁸¹ Id., *I diritti degli altri*, cit., pp. 12-13 dove l'autrice spiega: «il nostro destino di individui tardo moderni è quello di vivere intrappolati nel continuo tiro alla fune tra visione dell'universale e adesioni al particolare. In un "universo disincantato" in senso weberiano, valori contrastanti si contendono la nostra fedeltà (...). Così come non possiamo smettere di mediare tra i bisogni delle persone che amiamo e le esigenze degli obblighi istituzionali e impersonali, di valutare le azioni dei nostri governi alla luce delle rivendicazioni degli stranieri, di partecipare al dialogo con coloro che venerano divinità diverse dalle nostre, allo stesso modo non possiamo ridurre l'universale morale al particolare, al giuridico o al funzionale».

«Il cosmopolitismo allora è un progetto filosofico di mediazioni non di riduzioni o di totalizzazioni. Il cosmopolitismo non equivale ad un'etica globale in quanto tale; né è adeguato caratterizzare il cosmopolitismo solamente attraverso scelte e atteggiamenti culturali. Quando dico che il cosmopolitismo è la nascita delle norme che dovrebbero governare le relazioni tra gli individui in una società civile globale sto seguendo la tradizione kantiana. Queste norme non sono né meramente morali né semplicemente giuridiche. *Sarebbero meglio caratterizzate come strutture della "moralità del diritto" in un contesto globale anziché locale.* Esse segnalano la definitiva legalizzazione e giuridificazione delle rivendicazioni di diritti degli esseri umani ovunque si trovino, senza tener conto della loro appartenenza a comunità definite»²⁸².

Di tal che la Benhabib cerca di tenere insieme universalismo morale e federalismo politico, auspicando «confini porosi»²⁸³, in cui si è consapevoli che «la cittadinanza democratica esige impegno, l'impegno responsabilità e un senso profondo delle affezioni»²⁸⁴.

«Una civiltà globale che debba essere condivisa da tutti i cittadini del mondo richiederà di essere alimentata attraverso le devozioni locali, il ricco dibattito culturale, le dispute sull'identità del "noi" e un senso di sperimentazione democratica di assetti e riassetti istituzionali. A patto che le collettività future si ricostituiscano attraverso una rivisitazione democratica dei propri retaggi culturali alla quale tutti gli interessati possano prendere parte, potranno essere tracciati nuovi confini territoriali e nuove frontiere nazionali, e potranno essere concepite nuove istituzioni di ripartizione del potere, rappresentanza e governo. La sintesi di eguaglianza democratica e diversità culturale costituisce l'ardua impresa del futuro»²⁸⁵.

La risignificazione culturale e politica attesa, condotta attraverso il sistema iterativo della democrazia, che eviti l'atteggiamento paternalistico dei diritti umani o l'imposizione di culture delle maggioranze o dei valori dei più forti, è affidata dunque al popolo, nella sua «duplice identità» di *demos* ed *ethnos*²⁸⁶, che deve farsi capace di mettere in discussione la propria cultura²⁸⁷, sicché sia rispondente alle modificazioni del tempo e ai bisogni situazionali

²⁸² Id., *Cittadini globali*, cit., pp. 22-23 (c.vo mio). Sul cosmopolitismo cfr. D. Archibugi, *Cittadini del mondo: verso una democrazia cosmopolitica*, Il Saggiatore, Milano, 2009; K.A. Appiah, *Cosmopolitismo. L'etica in un mondo di estranei*, Laterza, Roma-Bari, 2007.

²⁸³ S. Benhabib, *Cittadini globali*, cit., p. 105.

²⁸⁴ Id., *La rivendicazione dell'identità culturale*, cit., p. 235.

²⁸⁵ Id., *I diritti degli altri*, cit., p. 237.

²⁸⁶ L'autrice rileva una «duplice identità di un popolo in quanto *ethnos*, cioè comunità di destino, memoria e affinità morali, e allo stesso tempo in quanto *demos*, cioè un insieme di cittadini atti alla democrazia, che possono appartenere o meno al medesimo *ethnos* (...). Il popolo è una realtà dinamica, non statica. Un *demos* può modificare il proprio concetto di cittadinanza, che a sua volta modificherà l'*ethnos*, inteso come una comunità di destino». Id., *Cittadini globali*, cit., pp. 106-107.

²⁸⁷ «La cultura conta: valutazioni culturali sono profondamente connesse con le nostre interpretazioni dei bisogni, le nostre concezioni di ciò che è una vita buona e i nostri sogni per il futuro». Ivi, p. 89.

e circostanziali dei singoli, e i propri diritti²⁸⁸, laddove «il locale, il nazionale e il globale sono intrecciati l'uno con l'altro»²⁸⁹, come già intravvisto da Kant²⁹⁰.

Spiega la Benhabib che «a volte il diritto può guidare questo processo, giacché la riforma giuridica può anticipare la coscienza popolare ed elevarla al livello della costituzione; ma il diritto può anche essere arretrato rispetto a tale coscienza e avere bisogno di stimoli per allinearsi ad essa. In una liberal-democrazia multiculturale vivace, il conflitto politico-culturale e i processi di apprendimento che ne derivano non dovrebbero essere soffocati con espedienti di tipo legale»²⁹¹. Dunque, sia che il movente principale riposi nell'iniziativa diretta del popolo o che questo sia influenzato dallo stimolo dei diritti, è sempre agli individui che è demandato il superamento delle prassi escludenti che potrà avvenire, dunque, attraverso la mediazione dell'iterazione democratica tra le culture locali e le norme cosmopolitiche. Inoltre, laddove le politiche legislative nazionali non dovessero manifestare interesse al cambiamento (come si è visto accadere in Bénin ove sovente il governo, pur consapevole della brutalità delle prassi tradizionali perpetrate, si mostra del tutto indifferente), o si rifiutassero di affrontarlo adducendo che tradisca l'identità del popolo, sarà la comunità internazionale a dover intervenire.

«Le norme universali sono mediate con l'autorappresentazione delle comunità locali. La disponibilità di norme cosmopolitiche, tuttavia, innalza la soglia di giustificazione alla quale pratiche precedenti di esclusione sono ora sottoposte. Si verificano delle esclusioni, ma la soglia per giustificarle adesso è più alta. Questa soglia più alta prelude anche a un incremento nella riflessività democratica. Diventa sempre più difficile giustificare prassi di esclusione da parte dei legislatori democratici semplicemente perché essi esprimono la volontà popolare; simili decisioni sono ora soggette non solo al vaglio dei pesi e contrappesi costituzionali al livello del diritto nazionale, ma anche a quello dell'arena internazionale»²⁹².

Invero, quando la Benhabib parla di norme cosmopolitiche, non si disgiunge molto dal concetto di diritti umani, solo che, a suo avviso, nella contestualizzazione questi si diversificano in «molteplici regimi dei diritti umani» causando «sia una collusione sia una confluenza tra diritto internazionale e diritto interno», dal che si inferisce la necessità di una

²⁸⁸ D'altro canto anche «i diritti e i principi dello Stato liberaldemocratico devono essere periodicamente messi in discussione e riformulati all'interno della sfera pubblica, affinché il loro significato originario possa conservarsi ed arricchirsi». Ivi, p. 90.

²⁸⁹ Ivi, p. 117.

²⁹⁰ «L'innovazione concettuale della dottrina kantiana del cosmopolitismo è che Kant ha riconosciuto tre livelli collegati ma distinti del "diritto", nel senso giuridico del termine. Il primo è il diritto interno, la sfera dei rapporti giuridici positivi, che secondo Kant dovrebbero essere in conformità con una costituzione repubblicana; il secondo è la sfera delle relazioni giuridiche tra le nazioni (*Völkerrecht*), che scaturiscono dagli obblighi dei trattati tra gli Stati; il terzo è il diritto cosmopolitico, che riguarda sia le relazioni di civili cittadini tra loro, sia quelle con entità politiche organizzate in una società civile globale» Ivi, pp. 25-26.

²⁹¹ Ivi, p. 91.

²⁹² Ivi, p. 111. In proposito la Benhabib, sulla scorta della Arendt immagina «una transizione dal "potere soft" della società civile globale alla *costituzionalizzazione del diritto internazionale*». Ivi, p. 113

«trasformazione dei codici dei diritti umani in norme generalizzabili che devono governare il comportamento degli Stati sovrani», sinora rintracciabili in tre aree collegate: «1. *Crimini contro l'umanità, genocidio e crimini di guerra*»; «2. *Interventi umanitari*» e «*Migrazione transnazionale*»²⁹³.

A ben vedere l'omicidio (o esclusione che pure, come si è visto, è messa a morte) di un gruppo di persone per la sua salute non è troppo diverso dall'eliminazione di un gruppo umano per la sua razza.

«Quello contro la soppressione della vita umana è uno dei tabù più radicati in molti dei sistemi morali e religiosi del mondo. È precisamente perché noi, come genere umano, abbiamo imparato dalle memorie dei genocidi, che vanno dal commercio di schiavi in Africa all'olocausto di ebrei europei, che possiamo riferirci ad essi come al crimine supremo. Le norme cosmopolitiche, delle quali la più significativa è quella dei "crimini contro l'umanità", creano nuovi fatti morali aprendo nuovi spazi di significazione, senso e riarticolazione nei rapporti umani»²⁹⁴.

Dunque, di contro ad universalismi impositivi o asfittici, incapaci di entrare in comunicazione con i particolarismi, per la Benhabib, «lo status ontologico delle norme cosmopolitiche in un universo postmetafisico» è di essere norme e principi «moralmente costruttivi: essi creano un universo di significati, valori e relazioni sociali che non esistevano prima, attraverso il cambiamento delle componenti normative e dei principi di valutazione del mondo dello "spirito oggettivo", per usare un termine hegeliano. Tali norme stabiliscono un nuovo ordine: *un nuovo ordine secolare*»²⁹⁵. Il che, traslato nell'orizzonte di riferimento del lavoro qui condotto, vuol dire che la diffusione di norme cosmopolitiche come quella dei crimini contro l'umanità avrà sempre più lo scopo di determinare una diffusione di diritti e valori orientati alla sensibilizzazione dei popoli e dei singoli individui i quali, sempre più condotti a coscientizzazione e consapevolezza, saranno messi nelle condizioni di discernere, essi stessi, le pratiche tradizionali da conservare e quelle da allontanare in virtù del rispetto della loro stessa umanità.

L'obiettivo è, infatti, quello di muoversi «verso una concezione postmetafisica e postnazionale della solidarietà cosmopolitica che porti progressivamente tutti gli esseri umani, in virtù della loro sola umanità, sotto la tutela dei diritti universali, sfuggendo ai privilegi esclusivi dell'appartenenza»²⁹⁶.

È parso, allora, dirimente concludere l'itinerario filosofico di questa sezione con il riferimento ad un'autrice particolarmente interessante che, da una prospettiva lucida, non solo

²⁹³ Ivi, pp. 36-46.

²⁹⁴ Ivi, p. 115.

²⁹⁵ Ivi, p. 113.

²⁹⁶ Id., *I diritti degli altri*, cit., p. 17.

testimonia la possibilità delle culture e dei diritti di disporsi ad un incontro che è intimamente storico e sorge dall'azione democratica dei singoli e non imposto dall'esterno, ma teorizza la definizione di *norme cosmopolitiche di giustizia* che devono caratterizzare l'orizzonte della società civile globale.

È possibile, dunque, solo ora sostenere, poggiando le presenti tesi su riferimenti teorici forti riportati, che le culture tradizionali possono disporsi all'accoglimento in sé morale e giuridico dei diritti propri degli esseri umani, emendando dal proprio seno prassi degradanti, indegne ed inumane, ma non per questo venendo meno alla propria identità. Addurre che le tradizioni debbano guardare in avanti non vuol dire negare, infatti, il valore della storia:

«è centrale la conservazione del nesso con il passato, la rammemorazione che sintetizza i tempi e apre gli spazi del pensiero, se si vuole avere consapevolezza piena del presente e speranza per il futuro. La memoria, obbligo e diritto di ognuno, è un vero e proprio antidoto al nichilismo, che non è l'omologo della relatività e storicità del vivere umano ma è la destituzione di valore e di senso del lungo cammino della civiltà»²⁹⁷.

L'identità culturale, infatti, non solo viene riconosciuta e difesa nella sua legittimità, ma, anzi, proprio in ossequio ai diritti umani, avvalorata – come si è visto nella prima sezione del lavoro –, portata alla luce e inclusa in un orizzonte globale che le riconosce il suo valore e la sua autonomia. Ciononostante proprio tale presa di coscienza dell'importanza di tutelare e garantire la specificità dell'identità culturale, nel nostro caso beninese, la espone ad una conoscenza approfondita che porta alla luce alcuni suoi limiti, ovvero la presenza di convinzioni invalse ed prassi perpetrate contrarie a quei diritti umani che pur ne avevano favorito il riconoscimento – come si è detto nella seconda sezione. Sicché saranno proprio i diritti umani a imporre un limite a quella cultura quando essa si espone al rischio di ledere la dignità e la vita degli uomini, soprattutto dei più deboli: i malati.

Il problema, tuttavia, resta quello di non fermarsi ad un piano tutto teorico ove sorge il sospetto che i diritti umani possano restare null'altro che «diritti di carta», pertanto si è inteso che il movimento dialettico tra universalismo e particolarismo, per aprirsi ad un autentico incontro con la storia, deve rimanere su un piano bidirezionale: dall'alto verso il basso e viceversa, senza speranza di concludersi.

Per un verso, infatti, bisogna anelare ad una sempre maggiore diffusione dei diritti umani, sin dalla loro presenza nelle Carte che, tutt'altro che astratta, rappresenta invece un incentivo al mutamento dello stato di cose: «i diritti “sulla carta” sono sempre stati un forte strumento di mobilitazione politica e di azione istituzionale, godendo così di una effettività

²⁹⁷ E. D'Antuono, *Habeas corpus, habeas animam. Questioni di inizio vita tra etica, bioetica, cittadinanza*, in L. Chieffi – J.R. Salcedo Hernández (a cura di), *Questioni di inizio vita. Italia e Spagna: esperienze in dialogo*, cit., pp. 29-55, ivi, p. 30.

diversa da quella tradizionalmente determinata»²⁹⁸. Difatti i diritti umani dovranno disporsi alla *contestualizzazione* attraverso il lavoro giuridico, politico ed etico che esprima in maniera sempre più chiara in Carte e documenti la non contraddittorietà tra universalismo dei diritti e diversità culturale e, soprattutto, si faccia capace di coinvolgere la società civile, attraverso associazioni umanitarie, volontari, iniziative laiche ed anche religiose (purché si ispirino alla difesa dell'umano e della vita in senso universale).

Invero, come si è visto, calare i diritti umani all'interno delle tradizioni culturali è possibile solo se i primi si dispongono ad essere interpretati a partire dal contesto culturale specifico. Così procedendo, l'universalità dei diritti si fa concreta, soggettivamente e culturalmente mediata: non si tratta di sussumere identità particolari sotto norme, ma di determinare in esse la coscienza del mutamento cui adeguarsi. Il mutamento è sempre storico-situazionale, dunque, per attenderlo, bisogna rifiutare ogni prospettiva astratta e proporre modalità alternative di gestione della tradizione, nell'ottica della tutela della vita e della dignità umana. Il fatto che i diritti possano informare di sé le tradizioni in maniera contestuale, ovvero tenendo conto delle diversità culturali, non apre al relativismo dei diritti umani, ma rende possibile una vera negoziazione tra tradizioni e diritti, codificati nei documenti giuridici e diffusi attraverso le azioni della società civile, la quale dovrà sforzarsi di proporre inedite alternative alle prassi culturali non più proponibili (tornano alla mente le straordinarie strategie di mediazione tra diritti e tradizioni di individui luminosi come Suor Julia, Grégoire, Padre Christian e tanti altri, descritte nella seconda sezione del lavoro). Al controllo della tutela dei diritti umani si presta, infatti, particolarmente la società civile (stampa, ONG e simili) che rappresenta «una sorta di possibile realizzazione politica di una comunità discorsiva morale»²⁹⁹.

Difatti, per altro verso, è indisconoscibile che il vero incontro tra tradizioni e diritti sarà possibile solo se le culture si faranno coscienti della necessità di avanzamento, ovvero di storicizzazione della propria identità e se intraprenderanno una mediazione "iterativa", dialogica, orientata alla revisione delle proprie semantiche identitarie in ossequio ad una visione di umanità più ampia cui si riconosce di appartenere. È allora proprio all'interno delle comunità che, sensibilizzate alla dimensione condivisa dell'umano ed orientate dal riferimento ai diritti e valori universali, dovrà principiarsi la spinta all'universalizzazione e, cioè, all'eliminazione delle inumanità perpetrate, cosa invero, già esperibile da più parti.

²⁹⁸ S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, cit., p. 100.

²⁹⁹ M. Kaufmann, *Diritti umani*, cit. p. 62.

In effetti molte delle pratiche descritte nella seconda sezione, come si è detto, sono ormai in disuso e particolarmente attenzionate sono le strategie alternative sinora proposte; del resto la tradizione africana più delle altre si mostra duttile, avendo resistito brillantemente ai reiterati tentativi di soffocamento e disponendosi al nuovo in maniera sincretica.

Certo non è semplice pensare di eradicare tradizioni senza tempo, identitarie per singoli e gruppi, ma ugualmente arduo è accettare le condizioni di esclusione che quelle ancora determinano. Sicché solo un'azione pluridirezionata e condivisa potrà consentire una sempre maggiore consapevolezza del senso dell'umano che farà da sprone per l'ingresso in un mondo autenticamente inclusivo ed *interculturale*³⁰⁰. Un mondo caratterizzato da diverse versioni e visioni di ciò che è bene, in cui ogni cultura si faccia capace di esprimere la propria adesione al linguaggio dei diritti umani in maniera confacente ai propri valori, ovvero che mai dimenticando i propri costrutti identitari tradizionali, salva di essi quel tanto che basta affinché siano compatibili e ricomprendibili nella più ampia nozione di *cittadinanza umana*, nell'ottica di una metamorfosi inclusiva che metta fine al drammatico fenomeno dell'esclusione e sappia «integrare le richieste di cittadinanza in un regime universale dei diritti umani»³⁰¹ i quali, essendo «in grado di tenere insieme intuizioni presenti nelle culture più diverse»³⁰², sono indubitabilmente l'*anello di congiunzione dell'umanità*³⁰³.

³⁰⁰ Nella *Conclusione* si parlerà diffusamente di interculturalità, tuttavia per il momento si rimanda ad uno scritto di G. Cacciatore in cui l'autore recupera il pensiero della Benhabib sulla cittadinanza e sull'appartenenza istituendo un nesso con i temi dell'interculturalità: «La necessità di pensare oggi ad un saldo legame tra diritti di cittadinanza e interculturalità, è motivata dall'esigenza di non separare astrattamente la cittadinanza dall'appartenenza culturale, ma di trovare le modalità, anche giuridiche e normative, di un "vivere insieme il mondo della differenza". D'altro canto il diritto di cittadinanza reca con sé già nella sua stessa genesi terminologica il riferimento alla generale sfera dei diritti della relazionalità e della sociabilità. Per questo lo sforzo teorico e pratico di giuristi e filosofi, oggi, potrebbe essere indirizzato a riscrivere la tavola dei diritti di cittadinanza, dinanzi all'accelerato stato di trasformazione sociale e antropologica della contemporaneità. Si tratta di individuare i fondamenti di una cittadinanza interculturale che si muova lungo il crinale del non facile equilibrio tra cittadinanza come appartenenza ad una determinata comunità e cittadinanza come pieno e libero esercizio di un diritto acquisito di residenza (...) e, al contempo, di un diritto umano universale di circolazione degli individui, delle persone, prima che dei cittadini». G. Cacciatore, *Per un'idea interculturale di cittadinanza*, in Aa. Vv., *Per una relazionalità interculturale. Prospettive interdisciplinari*, a cura di G. Cacciatore – G. D'Anna – R. Diana – F. Santoianni, Mimesis, Milano-Udine, 2012, pp. 11-23, ivi, p. 19 (il virgolettato di Cacciatore è una citazione di Z. Bauman, *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano, 2000, p. 201). Cfr. anche G. Cacciatore, *Interculturalità e cittadinanza*, in Aa. Vv., *Filosofia interculturale. Identità, riconoscimento, diritti umani*, a cura di R. Diana e S. Achella, Mimesis, Milano-Udine, 2011, pp. 255-262.

³⁰¹ S. Benhabib, *I diritti degli altri*, cit., p. 17.

³⁰² M. Kaufmann, *Diritti umani*, cit., p. 60.

³⁰³ Ivi, p. 179 (l'espressione è tratta dal titolo della *Conclusione* del volume di Kaufmann: *I diritti umani: anello di congiunzione dell'umanità*, pp. 179-181).

CONCLUSIONE

Per una bioetica interculturale

La prospettiva assunta nella presente analisi è stata circoscritta entro l'orizzonte ermeneutico della *bioetica interculturale*, intendendo con tale definizione l'afferenza a temi, su tutti quello della cura, di precipua spettanza della disciplina bioetica che sono stati letti in chiave interculturale. Ciò perché la cultura terapeutica della popolazione tribale del Bénin – come più volte detto, non ricomprendibile in un unico universo di senso, ma afferente a letture assai diversificate del fenomeno della malattia e delle strategie di cura – non è stata approssimata secondo strategie familiari ad un certo multiculturalismo, orientate cioè alla descrizione di contenuti e modelli culturali tradizionali beninesi che avrebbero avuto l'indubbio merito di portare alla luce l'identità della cultura oggetto di indagine, con il rischio, però, di reificarla in una concezione statica e di renderla, così, impenetrabile.

Si è preferito, pertanto, recuperare l'approccio della filosofia interculturale, «caratterizzato da forme meditate e riflesses di militanza culturale e da una spiccata tendenza al decentramento del proprio punto di vista e alla mobilità fra prospettive diverse» con l'obiettivo di riproporre il suo «nomadismo non apolide, un'espressione che esorta alla dinamicità prospettica, ma non dimentica che quest'ultima si realizza sempre a partire da un ambito culturale originario»¹. Difatti «l'interculturalità (...) non tocca soltanto le questioni dell'integrazione tra culture differenti, ma anche e principalmente i problemi che caratterizzano oggi tutte le società complesse (...). Il problema dell'interculturalità, dunque, diventa oggi essenzialmente elaborazione di strumenti logici e linguistici per la conoscibilità, narrazione e comprensione delle identità»². Peraltro è noto che l'interculturalità non si occupa

¹ R. Diana, *Filosofia interculturale e questioni etiche. Il problema dell'infibulazione*, cit., p. 226.

² G. Cacciatore, *Interculturalità e le nuove dimensioni del sapere filosofico e delle sue pratiche*, in V. Gessa Kurotschka – G. Cacciatore (a cura di), *Saperi umani e consulenza filosofica*, Meltemi, Roma, 2007, pp. 312-327, ivi, p. 322. Dell'autore, oltre agli altri testi che verranno qui citati si vedano: G. Cacciatore, *Identità, pluralismo, universalismo dei diritti*, in A. De Simone (a cura di), *Identità, spazio e vita quotidiana*, Edizioni QuattroVenti, Urbino, 2005, pp. 397-407; Id., *Identità e filosofia dell'interculturalità*, in «Iride», 45 (2005), pp. 235-244; Id., *Immaginazione, identità, interculturalità*, in «Post-filosofie», 2 (2006), pp. 119-133; Id., *Ermeneutica e interculturalità*, in G. Cacciatore – P. Colonnello – S. Santasilia (a cura di), *Ermeneutica tra Europa e America Latina*, Armando, Roma, 2008, pp. 49-60; Id., *La logica poetica e l'identità meticcias. Note sul nesso tra immaginazione, identità e interculturalità*, in V. Gessa Kurotschka – C. De Luzenberger (a cura di), *Immaginazione, etica, interculturalità*, Mimesis, Milano, 2008, pp. 213-229; Id., *Europa e Mediterraneo tra identità e interculturalità*, in «Civiltà del Mediterraneo», n. 15 (giugno 2009), pp. 117-132; Id., *Identità ibride e memoria*, in «Iride», XXIII (2010) 60, pp. 365-376; Id., *Il ruolo delle Humanities nella costruzione di una società interculturale*, in «Philosophia», VII (2012) 2, pp. 165-176. Inoltre, per un'accorta bibliografia sull'interculturalità divisa per temi e argomenti cfr. R. Carbone, *Una bibliografia ragionata sull'interculturalità*, in Appendice a Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, a cura di G. Cacciatore e G. D'Anna, Carocci, Roma, 2010, pp. 155-198.

solo di studi comparativi tra culture, religioni, filosofie e modelli antropologici, ma ha soprattutto il compito di «provocare necessari ripensamenti e riformulazioni delle categorie di multiculturalismo e cittadinanza democratica, di intersoggettività e diritti umani, di universalismo e particolarismo»³. Sicché proprio nella misura in cui si è *prima facie* ricostruita la cultura terapeutica tradizionale beninese (particolarismo) e, poi, si è cercato di addivenire ad una mediazione con i diritti umani (universalismo), non trascurando problemi come quelli del riconoscimento e del rispetto dell'identità culturale, si è assunta una prospettiva interculturale, pur restando entro le questioni tipiche del dibattito bioetico.

L'idea di intercultura che qui si è seguita rintraccia le sue radici nella tradizione dello storicismo critico e problematico di Pietro Piovani, più volte citato nel presente studio, e della sua *scuola*⁴.

«Lo smantellamento della concezione di un universale assolutizzante e monologico, l'accentuazione del valore etico-politico dell'individualità, il ruolo giocato in esso dal concetto di narrazione e l'apertura ad orizzonti identitari plurali e ibridi, infatti, impongono lo storicismo critico-problematico come solido strumento concettuale e filosofico nella elaborazione di un modello etico capace di intercettare le esigenze, i bisogni e i diritti in un mondo culturalmente plurale»⁵.

Difatti, come è noto, quell'indirizzo di pensiero respinge ogni impostazione metafisica ed ontologica e si dispone a riflettere sull'individuo, posto in un contesto culturale e storico ben definito, nella sua relazione con l'altro, imprescindibile in virtù della coesistenzialità dell'esistenza la quale si struttura sui due principi del *riconoscimento* e del *rispetto*. Il riconoscimento e il rispetto di identità culturali plurime del ragionamento piovaniiano, però, non dà la stura ad interpretazioni multiculturaliste che, come visto, nella difesa delle

³ G. Cacciatore, *Universalismo e cura per la differenza. Dimensioni Interculturali nel pensiero di Vanna Gessa Kurotschka*, in R. Bonito Oliva (a cura di), *Identità in dialogo. La liberté des mers*, cit., pp. 21-30, ivi, p. 21.

⁴ Fanno parte della scuola piovaniiana gli illustri studiosi e maestri dell'ateneo fridericiano, il professore emerito Fulvio Tessitore, con la sua interpretazione dello storicismo come filosofia della storiografia e della storiografia come scienza etica; il professore emerito Giuseppe Cacciatore che ha contribuito a continuare (nell'accezione di "continuazione" differente da quella di "continuità" come teorizzato da P. Piovani in molti luoghi del suo pensiero ed, in particolare in *Conoscenza storica e coscienza morale*, Morano, Napoli, 1966) quello storicismo critico-problematico lungo la direzione indicata da Dilthey (per la questione dell'individualità, della relazione universalismo/particolarismo e la ripresa del discorso sull'essenza della filosofia), da Vico e Croce (per la declinazione etico-civile ed estetica, ma anche per gli interessi sul tema dell'immaginazione e della filologia come ricerca storica ed etica), non trascurando un'attenzione particolare ad autori contemporanei come Edward W. Said, Amartya Sen, Martha Nussbaum e Sheyla Benhabib che gli hanno consentito di utilizzare filosoficamente lo storicismo critico per delineare la questione dell'interculturalità, il professore emerito Giuseppe Lissa, sempre attento al versante etico dello storicismo piovaniiano e la professoressa Emilia D'Antuono che ha saputo, con estrema perizia, disporre quell'indirizzo del Maestro al dibattito filosofico e morale contemporaneo, rimarcando l'intimo nesso tra etica, bioetica e cittadinanza (che ha preso forma concreta nelle undici edizioni del Seminario Permanente di *Etica, bioetica e cittadinanza* che ha l'indubbio merito di tenere vivo il dibattito convocando alla riflessione pubblica illustri studiosi e pensatori di diversa afferenza interdisciplinare) e molti altri.

⁵ G. Cacciatore- G. D'Anna, *Dentro la differenza: riflessioni sull'etica interculturale, Introduzione* a Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, cit., pp. 9-26, ivi, p. 20.

particolarità culturali propongono innovati universalismi statici e soffocanti le identità precipue, bensì dischiudono la via dell'intercultura che è ripensamento dell'individualità e dell'identità culturale in *azione*, ovvero nel divenire della storia, nel rapporto con l'altro (etica) e nel riconoscimento istituzionale (diritto/politica).

La filosofia interculturale, infatti, riconosce che l'identità individuale è «una trama di rapporti, le cui fila costruiscono, nel corso del tempo, un ordito variopinto caratterizzato da alcuni colori prevalenti, mai del tutto definitivi, e dalle sfumature cangianti» in cui convivono «tratti significativi di “porosa” e vulnerabile compiutezza accanto ad abiti meno caratterizzanti o più incerti e momentanei»⁶. Essa si connota così per un'innegabile storicità e costituzione plurima: «la storicità dell'identità individuale è la sua apertura interattiva al mondo e alle tre dimensioni del tempo: 1) verso il passato come critico/acritico accoglimento della propria storia personale, nonché degli usi e costumi della cultura del gruppo di appartenenza; 2) verso il presente, come attiva e partecipata azione/reazione nel proprio mondo; 3) verso il futuro, come capacità di immaginare e progettare il proprio avvenire»⁷.

Dunque, nonostante sia acclarato il nesso tra filosofia, etica ed intercultura, non lo stesso può dirsi per la bioetica; tuttavia, cercando di tener fede al monito di non rendere l'intercultura una «nuova deprecabile pratica tuttologica o rinnovato riduzionismo di tipo culturalista»⁸, si è tentato tale accostamento con la consapevolezza che solo l'intercultura avrebbe potuto offrire al ragionamento bioetico condotto l'impostazione adeguata in risposta agli scopi prefissi.

Inoltre approssimare l'intercultura alla bioetica e non alla filosofia non vuol dire addurre una sostituibilità di quest'ultima, condannata ad essere superata perché ormai incapace di rendere ragione del presente. Tutt'altro: proprio muovendo dalla convinzione che la filosofia, ancor più nella prospettiva interculturale, fosse lo strumento forse più solido per ragionare sui problemi della contemporaneità, si è cercato di sperimentare l'applicazione di quel “modello ermeneutico” ad un dispositivo – la bioetica – capace di ricomprendere nel suo seno discipline plurime e metodologie diverse, capace di disporsi all'accoglimento di ragionamenti antropologici, religiosi, etici, medici, giuridici, politici ed anche filosofici.

Del resto se «l'etica non ha una valenza accidentale e contingente rispetto all'interculturalità e alle sue problematiche; essa, piuttosto, ne costituisce, su più piani e in

⁶ R. Diana, *Identità individuali e contesti interculturali*, in Id., *Identità individuale e relazione intersoggettiva. Saggi di filosofia interculturale*, cit., pp. 39-50, ivi, p. 39 (anche in R. Bonito Oliva (a cura di), *Identità in dialogo. La libertà des mers*, Mimesis, Milano-Udine, 2012, pp. 69-78).

⁷ Ivi, pp. 41-42.

⁸ G. Cacciatore, *Teorie e metodi dell'interculturalità nella prospettiva di un nuovo umanesimo*, in Aa. Vv., *Dimensioni filosofiche e storiche dell'interculturalità*, a cura di G. Cacciatore e A. Giugliano, Mimesis, Milano-Udine, 2014, pp. 11-18, ivi, p. 13.

differenti direzioni, l'intima natura»⁹ a noi pare che qualcosa di molto simile sia sostenibile per la bioetica, in quanto l'intercultura mette in luce la necessità di un approccio interdisciplinare¹⁰ ai fenomeni culturali che, come detto, è costitutivo della bioetica.

Inoltre come l'intercultura ha a cuore prevalentemente «la questione della possibilità di costruzione di relazioni tra le differenze»¹¹, la bioetica, sin dalla sua definizione originaria, è descritta come un «ponte»¹² che, costitutivamente, si dispone all'incontro di prospettive e culture dissimili, di cui è chiamata a riconoscere identità e differenze, autonomia, diritti e relazioni.

Invero la bioetica si dispone ad una serie di specificazioni plurime: bioetica della cura, bioetica ambientale, bioetica animale, etc., pertanto si è pensato che, accompagnandosi con l'aggettivo «interculturale», si potesse denotare la sua già costitutiva attitudine a volgersi a tematiche quali l'identità, il riconoscimento, i diritti umani, le forme di governo, le pratiche sociali, la scelta e le organizzazioni di vita individuali con il sovrappiù dell'assunzione della prospettiva ermeneutica dell'interculturalità.

Invero non poteva accostarsi l'aggettivo «multiculturale» alla presente indagine bioetica giacché, come si è visto nel primo capitolo della terza sezione, il multiculturalismo offre una concezione oggettivante e descrittiva della differenza culturale che sovente si limita a giustapporre le diverse culture indagate («cattiva» interculturalità¹³), mentre qui si è

⁹ G. Cacciatore- G. D'Anna, *Dentro la differenza: riflessioni sull'etica interculturale*, cit., p. 9.

¹⁰ «La complessità delle problematiche interculturali e delle loro molteplici e possibili declinazioni in diversi ambiti del sapere, infatti, impedisce ogni chiusura disciplinare di tipo autoreferenziale. Questo non significa che i saperi umanistici e le scienze sociali debbano smarrire le loro specificità metodologiche, elaborate nel corso della loro storia, quanto piuttosto che l'oggetto «interculturalità», un oggetto per natura fluido, sfuggente, ricco di contenuti, diviene l'occasione per riattualizzare un *interprospettivismo*, semanticamente inteso come interazione critica dei saperi umanologici e come possibilità di un approccio antiriduzionistico al mondo umano, capace di fornire gli strumenti e i contenuti, utili alla costituzione di uno spazio aperto, ove poter praticare un dialogo sull'intercultura e, a sua volta, interculturale». Ivi, p. 18.

¹¹ Ivi, p. 9.

¹² Cfr. V.R. Potter, *Bioethics. Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall. Inc., 1971; tr. it. *Bioetica. Ponte verso il futuro*, a cura di R. Ricciardi, Sicania, Messina, 2000.

¹³ Scrive R. Diana che la prospettiva interculturale «diventa patogena quando oscura le molteplici affiliazioni identitarie dei singoli individui e con ingenuità eccessiva fa di questi ultimi esclusivamente degli esponenti di una determinata cultura (islamica, occidentale, ecc.). Ma questa «cattiva» interculturalità (...) si richiama ad un concetto di cultura che la irrigidisce in compartimenti stagni impenetrabili forieri di incomunicabilità o di conflitto (...). Proprio l'attenzione alle identità plurime è l'antidoto contro la «miniaturizzazione» del mondo storico, ossia la sua riduzione ad un certo numero di civiltà e religioni fissate in una loro presunta identità definita e monolitica. Il riferimento esclusivo ad una civiltà o ad una religione spinge a sussumere i soggetti plurali sotto identità fittizie e talvolta grossolane (civiltà europea, civiltà islamica, religione cristiana, fondamentalismo musulmano, ecc.) che non solo ostacolano la corretta visione delle reali e profonde relazioni sussistenti fra le molte culture del pianeta, ma tacciono delle differenze intraculturali e privano gli individui stessi del diritto di scegliere razionalmente la propria identità in relazione ai contesti in cui essi vivendo realizzano la loro vita. Per non dire che spesso queste forzature sono all'origine di dissidi o vengono sapientemente utilizzate per generare o riprodurre conflitti sanguinosi» R. Diana, *Identità plurime per soggetti plurali. Risorse per la relazione interculturale*, in Id., *Identità individuale e relazione intersoggettiva. Saggi di filosofia interculturale*, cit., pp. 27-38, ivi, pp. 36-37 (anche con il titolo *Identità plurime per soggetti plurali*).

assunta una relazionalità dinamica e inclusiva tra le culture, un'istanza dialogica, aperta alle continue revisioni, che ha come scopo un mutamento che tenga conto dei diversi scenari storico-sociali. Inoltre il problema, di precipuo ambito interculturale, è stato proprio quello di un'individuazione di norme della *cittadinanza comune* che, aprendosi al conflitto tra le culture, non volessero eliminare la diversità, ma proponessero una sintesi, mai definitiva e sempre dinamica, delle plurime visioni del mondo.

L'intercultura, infatti, è consapevole che la relazione tra orizzonti conflittuali non sarà sanabile, ma si assume la responsabilità di fronte alle sfide che la relazione pone. Essa muove dalla situazionalità storico-culturale dell'individuo non chiuso alla differenza, né immobile nella sua datità che lo porta a credersi universale, ma lo intende nella tensione universalizzante, ovvero orientato a un universalismo etico e giuridico che attivi processi di inclusione e riconoscimento: «un universalismo che è capace di “includere” e “riconoscere” la differenza culturale deve mettere a disposizione categorie filosofiche che permettano di pensare l'attivazione di processi di trasformazione delle narrative identitarie tradizionali in direzione della possibilità che esse diventino narrative più “giuste”»¹⁴.

«Un universalismo non esclusivo, ma inclusivo e aperto, deve potersi costituire in una relazionalità dialogica scevra da ogni verticalizzazione valoriale delle culture e da ogni concezione finalistica della storia che rappresenta in sé, “immagina” dentro di sé, la differenza gerarchica tra “vincitori” e “vinti”, tra i “colonizzatori” e i “colonizzati”, tra il “centro” e la “periferia”. Un'etica interculturale deve poter normativizzare una pluralità di soggetti, o ribadiamo, dopo aver disinnescato l'impatto valoriale e ideologico della forza del simbolico. Solo in un processo di metariflessione, quella metariflessione che è intima natura del filosofare, può prepararsi il terreno su cui edificare le condizioni di possibilità di un'etica interculturale e solo all'interno di questo terreno è possibile pensare sia a un fertile e innovativo meticcio degli orizzonti simbolici e delle pratiche delle culture, sia a norme etiche che sappiano tutelare le possibilità di condurre una vita dignitosa e “buona”»¹⁵.

Su tale scorta, infatti, nel presente lavoro non si è trattato di descrivere solo le pratiche culturali, sociali e politiche della cura in Bénin, ma di aprire la contestualizzazione a una pluralità dialogica e relazionale di punti di vista che ha preso in considerazione diverse pratiche tradizionali, ha descritto i sostenitori e i critici delle pratiche indagate e ha riportato anche l'esperienza di coloro che sono stati in grado di intravedere delle mediazioni tra tradizioni e diritti. Tutto ciò non si sarebbe potuto perseguire da un punto di vista

Strumenti per la relazione interculturale, in Aa. Vv., *Filosofia interculturale. Identità, riconoscimento, diritti umani*, cit., pp. 83-89).

¹⁴ V. Gessa Kurotschka, *Narrative identitarie e giustizia*, in Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, cit., pp. 87-100, ivi, p. 87.

¹⁵ G. D'Anna, *L'etica interculturale tra storicismo e “inganni” dell'immaginazione*, in Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, cit., pp. 67-84, ivi, pp. 78-79.

multiculturalista che, pur orientando la comprensione delle pratiche culturali altrui, impedisce di dissentirne e, dunque, di assumere gli oneri e le responsabilità di un intervento attivo.

Tuttavia ciò forse non basta per spiegare le ragioni né la metodologia della prospettiva bioetica interculturale assunta, pertanto si dica che, se l'etica dell'interculturalità «si dispiega come struttura complessa su piani differenti che (...) andrebbero tutti connessi in un intento unitario, che abbia come fine l'elaborazione di idee e categorie interculturali», la presente argomentazione ha cercato di abitare tali diversi ambiti o piani nelle diverse fasi del lavoro:

1. Un primo ambito dell'etica dell'interculturalità è quello capace di «abbracciare l'immediato riferimento al problema interculturale: la consapevolezza di “dover” chiarire concettualmente orizzonti umanologici plurali che devono entrare in relazione in una negoziazione costante tra singole *Weltanschauungen*». E, a ben vedere è proprio quello che è stato fatto nella prima sezione, ponendo in relazione la medicina tradizionale e quella moderna.
2. Un secondo ambito è quello preposto all'«analitica interculturale dei concetti», avente lo scopo di confrontarsi con i diversi «plessi tematici dell'interculturalità: universale, relativo, assoluto, identità, relazione, immaginazione, riconoscimento, diritto, finalismo, meticcio, ibridazione, nomadismo, diritti umani, ragione, norma ecc.». Ed è proprio quanto è stato condotto nella terza sezione del presente lavoro ove si è discusso il rapporto tra il riconoscimento e il rispetto dell'identità culturale beninese e la necessaria negoziazione con l'universalismo dei diritti umani.
3. Il terzo ambito è costituito dall'«etica applicata», concernendo «non questioni generali o analitiche, ma situazioni specifiche che richiedono una soluzione normativa e regolativa del vivere comune»¹⁶, come la questione dell'infanticidio rituale, della contenzione del paziente psichiatrico, della condizione della donna (si pensi alle MGF), sviluppate nella seconda sezione dello studio.

Dunque, ripercorrendo la struttura dell'etica dell'interculturalità, sono state tematizzate questioni di pertinenza della bioetica offrendo una vasta elaborazione critica che ha visto una minuta descrizione delle tradizioni di cura del popolo beninese di cui si è riconosciuto un valore precipuo e, anzi, si è auspicato un loro ingresso nel sistema di cure ufficiale del Paese. Tuttavia, proprio in ossequio al principio secondo il quale le tradizioni di un popolo rappresentino la sua identità culturale e, dunque, traducano i diritti culturali che entrano nel novero dei diritti umani fondamentali, si è visto come esse non possano esporsi

¹⁶ G. Cacciatore- G. D'Anna, *Dentro la differenza: riflessioni sull'etica interculturale*, cit., pp. 15-16.

alla lesione dei diritti fondamentali della persona e della sua dignità. Pertanto si è ritenuto di dover individuare «dei limiti a un'interpretazione troppo relativista del riconoscimento delle identità culturali che si spinge fino ad ammettere che determinate comunità siano libere al loro interno di danneggiare coloro che ne fanno parte»¹⁷. Le pretese di riconoscimento di una cultura differente non possono contrastare con la garanzia universale dei diritti, in particolar modo dei disabili. Sicché, proprio con l'aiuto dello strumento critico della bioetica, sono state descritte tutte quelle pratiche tradizionali, sempre afferenti all'universo della cura e facenti capo ad una certa interpretazione della malattia frammista a contenuti propri della religione vodun e della cultura tradizionale beninese, configgenti con il rispetto dei diritti umani. Di tal che si è proposto il superamento di una prospettiva secondo la quale le differenze tra gli individui sono stabilite e gerarchizzate entro un ordine rigidamente fondato su basi biologistiche ed essenzialiste: al vertice della gerarchia si è visto non essere più collocabile il soggetto sano, tendenzialmente maschio, unico titolare di diritti, precludendo ai malati, in quanto naturalmente incapaci di *ratio* e di competenza morale, l'accesso al perimetro dei diritti e, quindi, della cittadinanza, attraverso il meccanismo dell'*esclusione*.

Pertanto la decostruzione di meccanismi identitari di potere che fondano classificazioni essenzialistiche ipostatizzando la molteplicità umana entro schemi binari sano/malato, maschio/femmina, attraverso strategie di “mediazione o negoziazione culturale”, è stata la mossa decisiva attraverso cui si è cominciato a meditare su basi nuove l'idea stessa di democrazia in chiave sempre più laica ed inclusiva.

Il riconoscimento e la positivizzazione dei diritti degli esclusi, fondato sulla comune appartenenza all'umanità e titolarità di diritti umani, ha incontrato la difficoltà che questi diritti, essendo afferenti ad un orizzonte di senso più ampio di quello statuale, fossero disgiunti dall'ordinamento costituzionale beninese o, quantomeno, in esso solo teorizzati e, dunque, difficilmente esigibili all'interno del contesto tribale. Tuttavia è stato documentato un avanzamento giuridico che, per determinare il passaggio ad un'effettiva garanzia pratica di quei diritti, deve accompagnarsi, di necessità, con un mutamento in seno alla stessa cultura beninese.

Ciò, a ben vedere, non può disgiungersi da un pieno riconoscimento dell'istanza di laicità che, all'interno di un plesso culturale tradizionale, avente non poche affinità con il religioso, è cosa certo non semplice. Laicità – si badi bene – non vuol dire tolleranza, né assunzione del relativismo delle diverse posizioni religiose che è negazione della relatività e

¹⁷ E. Lecaldano, *Diversità culturali tra liberalismo e consequenzialismo*, in C. Botti, *Etiche della diversità*, cit., pp. 21-41, ivi, p. 39.

della storicità dei valori¹⁸: «una posizione laica non è costretta a dare cittadinanza a qualsiasi prospettiva o concezione della morale e ad accettare qualsiasi valore»¹⁹. La laicità ha a che fare con la libertà, non solo come liberazione da poteri coercitivi di antichi valori costituiti, ma anche come libertà generata dalla consapevolezza.

«La laicità è anche il correlato dell'autonoma evenienza del pluralismo nella modernità. Ed è proprio la bioetica, come protagonista pluridecennale del dibattito pubblico, ad aiutare la riflessione etico-giuridico-politica a cogliere la portata storica di una laicità che implica multiformi genealogie (...). La laicità trova specificazione dei suoi sensi nel nostro presente come “principio di governo della vita” da riconoscere a ognuno, nella cornice delle garanzie fondamentali apprestate da Carte Costituzionali e Carte internazionali»²⁰.

Pertanto il ragionamento bioetico portato avanti ha avuto il precipuo scopo di mettere in circuito grammatiche della norma etica ed autonomia morale dei soggetti da una parte e quelle dei diritti e della cittadinanza dall'altra, laddove si è cercato di sottolineare l'urgenza di collocarsi entro

«un orizzonte che valorizza una visione dinamica del discorso sui diritti umani non considerandoli come un catalogo definitivamente costituito e atemporale, ma come una costruzione normativa profondamente radicata nella storia e continuamente perfettibile. E riconoscere la storicità dei diritti umani significa allora sottrarne la giustificazione a un ideale di matrice giusnaturalistica e collocarli in una trama temporale caratterizzata da conflittualità e negoziazioni che alimentano le relazioni tra gli Stati e le nuove domande emancipative provenienti dai soggetti differenti e diversi della società civile»²¹.

Pertanto la bioetica, agendo tra pubblico e privato, è chiamata a disporsi in favore dei diritti minacciati, specie dei soggetti più deboli: non solo dei malati, ma degli esclusi, da tradizioni barbare, proprio per la loro condizione di salute. Le pratiche più esecrabili violano i diritti umani, ma hanno un forte valore identitario che ne rende problematico il loro abbandono. Pertanto

«quando il diritto all'identità è in contraddizione o con il diritto all'uguaglianza o addirittura con il diritto all'integrità fisica, e non si possiede un ordine architettonico che serva a giustificare la priorità di un diritto sull'altro, la contraddizione deve essere trattata discorsivamente e affidata a strumenti quali il dialogo, il convincimento e l'apprendimento pubblici. Insomma è un rinnovamento dell'ordine simbolico ad essere richiesto ed esso non può essere ottenuto solamente

¹⁸ Cfr. su ciò E. D'Antuono, *La dilatazione del possibile. Scienza, politica, ermeneutica del male*, in P. Amodio- E. D'Antuono- G. Giannini (a cura di), *L'etica come fondamento*, Giannini, Napoli, 2012, pp. 291-299.

¹⁹ M. Balestrieri, *Laicità*, in C. Botti (a cura di), *Le etiche della diversità culturale*, cit., pp. 217-226, ivi, p. 220. Cfr. anche P. Donatelli, *Bioetica e laicità*, in «Iride», 23 (2010) 61, pp. 479-488; E. D'Orazio, *La laicità vista dai laici*, Università Bocconi Editore, Milano, 2009; E. Lecaldano, *Un'etica senza Dio*, Laterza, Roma-Bari, 2006; C. Mancina, *La laicità al tempo della bioetica*, il Mulino, Bologna, 2009.

²⁰ E. D'Antuono, *Habeas corpus, habeas animam. Questioni di inizio vita tra etica, bioetica, cittadinanza*, cit., p. 40. Cfr. anche P. Piovan, *Giusnaturalismo e etica moderna*, cit.

²¹ E. Tagliatela, *I diritti riproduttivi tra genere, integrità del corpo e autodeterminazione*, cit., p. 632.

con l'attivazione di misure coercitive. Sia a livello nazionale che a livello dei rapporti internazionali»²².

Di tal che la bioetica

«deve in realtà essere sempre più lo spazio in cui matura un'assunzione di consapevolezza di ciò che va accadendo nel tempo storico. Deve sempre più essere il luogo critico in cui si rafforza la determinazione a governare gli eventi, senza abbandonarsi alla fatalità di *processi senza soggetto* (...) un governare che deve fare tesoro dell'eredità etico-politico-giuridica del passato oltre che delle tragedie della storia, alcune delle quali (...) sono via via diventate fattori genealogici della riflessione bioetica. Un governare, infine, che deve assumere come dato di fatto la capacità umana di costruire etica, di formare e ri-formare valori, una possibilità, umana solo umana, che è matrice di morale e di *ethos*»²³.

Dunque in un'età post-secolare come la nostra, in cui è ormai chiaro che la laicità implica una piena maturazione del senso profondo della diversità di culture e credo religiosi, parrebbe manifesto che credenti, non credenti e agnostici debbano sforzarsi di trovare punti di convergenza e valori condivisibili che possano favorire la più ampia e plurale partecipazione ai processi decisionali di ordine etico-politico: «nemico della laicità così intesa è il fondamentalismo in tutte le sue forme»²⁴.

Tuttavia la democrazia deliberativa ancor'oggi si trova a fare i conti con le chiusure della religione che, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, svolge un chiaro ruolo politico, civile e sociale anche in supplenza dei ruoli ufficiali. Essa si presenta, infatti, in diversi contesti, «come uno dei più evidenti luoghi di formazione e diffusione di collettività identitarie, ma anche di singole scelte di riconoscimento e di impegno nella vita sociale e nella politica». È certo una declinazione del fondamentalismo religioso condannare all'esclusione sociale che è morte identitaria i malati cronici o all'infanticidio i bambini malformati perché sospettati di *sorcellerie*. Pertanto si ritiene che a fronte dei diversi fondamentalismi religiosi che ancora animano il nostro presente, «è la forza dell'universalismo democratico (...) a mantenere aperta la possibilità del dialogo e dell'incontro interculturale e interreligioso»²⁵.

Nel multiverso pluralistico contemporaneo «la critica di ogni dogmatismo e di ogni assolutismo concettuale e ideologico costituisce già di per sé un minimo comune

²² V. Gessa Kurotschka, *Narrative identitarie e giustizia*, cit., p. 98.

²³ E. D'Antuono, *Habeas corpus, habeas animam. Questioni di inizio vita tra etica, bioetica, cittadinanza*, cit., pp. 33-34.

²⁴ P. Borsellino, *Bioetica tra "moralì" e diritto*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009, p. 28.

²⁵ G. Cacciatore, *Introduzione* a Aa. Vv., *Interculturalità. Religione e teologia politica*, a cura di G. Cacciatore e R. Diana, Guida, Napoli, 2010, pp. 11-40, ivi, pp. 25-26. Cfr. anche G. Cacciatore, *Religione, teologia politica, democrazia*, in Aa. Vv., *Culture e religioni: la pluralità e i suoi problemi*, a cura di G. Cunico e D. Venturelli, il Melangolo, Genova, 2011, pp. 161-178.

denominatore intorno al quale costruire un'autentica etica interculturale del confronto delle argomentazioni e delle visioni del mondo»²⁶.

«Ciò di cui ha bisogno un'etica interculturale è la sempre maggiore espansione e condivisione di comuni valori fortemente ispirati ai contenuti di una cittadinanza democratica universale e di un cosmopolitismo riconosciuto e garantito dei diritti umani. Proprio in coerenza con una prospettiva interculturale, il plausibile terreno d'intesa tra tradizioni religiose e culturali diverse non può essere individuato né nella rigida contrapposizione tra le rispettive credenze e pratiche religiose, né nella secca alternativa tra fede e ragione o, in modo più radicale, tra religione e ateismo (...). Tali posizioni finirebbero col precludere ogni possibilità di reale comprensione dell'evolversi e del trasfigurarsi dell'esperienza storica delle religioni»²⁷.

Non si può pensare che le religioni scompaiano o vengano ricomprese in una prospettiva ecumenica: «il lungo e tenace lavoro da compiere, al quale anche la teoria e la pratica dell'interculturalità può dare un importante contributo, è quello di individuare nel proprio serbatoio di valori universalizzabili quegli strumenti teorici e quelle pratiche di vita che non solo rendano possibile il confronto fra opzioni culturali e religiose diverse, ma concorrano alla comune fondazione di principi di libertà, eguaglianza, tolleranza e riconoscimento degli altri»²⁸.

Oggi il pluralismo religioso implica ancora diffidenza, timore «che nessuna illuministica fiducia nel dialogo e nessun generoso appello alla fraternità contribuiranno a dissipare, vi è solo la disponibilità, che dev'essere eticamente consapevole e politicamente concretissima, a trovare forme normative, che siano cosmopolitiche al massimo possibile, e che riconoscano e garantiscano la piena libertà delle coscienze»²⁹. Ciò vuol dire fare appello ad un universalismo etico-politico dalla validità «*inter-contestuale*»³⁰, ovvero capace di concettualizzare e di far rispettare le differenze.

Pertanto nel corso del lavoro si è provato ad intendere se nella situazione odierna fosse possibile ripensare forme di quello che Piovani ha definito *universalismo universalizzante e non universalizzato*³¹, capace di attivare processi di inclusione, e non di mera assimilazione, delle procedure della narrazione individuale, ovvero si è questionata la possibilità della «fondabilità e la stessa plausibilità di un "universalismo etico" che, pur perseguendo la ricerca

²⁶ G. Cacciatore, Introduzione a Aa. Vv., *Interculturalità. Religione e teologia politica*, cit., p. 29.

²⁷ Ivi, pp. 30-31.

²⁸ Ivi, p. 35.

²⁹ Ivi, p. 39.

³⁰ V. Gessa Kurotschka, *Interculturalità e questioni di genere*, in «Filosofia e questioni pubbliche», XII (2008) 1, pp. 7-106, ivi, p. 12.

³¹ Piovani parla di *universale universalizzante e non universalizzato*, laddove in una visione non sostanzialistica, ma funzionalistica del mondo il particolare tende all'universalizzazione, mai compiuta, ma sempre da compiersi. P. Piovani, *Oggettivazione etica ed essenzialismo*, a cura di F. Tessitore, Morano, Napoli, 1980, ora in *Per una filosofia della morale*, cit., pp. 873-1054.

di una norma morale, non smarrisca e non occulti la ricchezza della “differenza storico-culturale”»³². Il rischio, infatti, è di imporre valori estranei alla cultura particolare indagata e, così, di scivolare verso esiti reificanti che, negando l’identità dell’altro, lo mortificano sino ad innescare pericolosi dispositivi di deumanizzazione. «La filosofia interculturale, perciò, si presenta anche come una modalità di pensiero che, pur muovendo dalla singolarità culturale storicamente determinata e dunque da una condizione di possibilità imprescindibile per il diritto alla particolarità, *non rinuncia ad una dimensione di universalità resa plausibile dalla conoscenza e dalla comunicazione di elementi comuni e da tutte le opportunità offerte dalla relazione interculturale*»³³. Questo vuol dire, infatti, addivenire ad un equilibrio *dialogico* tra particolarismo e universalismo che, per non essere retorico, apre a un metodo cognitivo e pratico di tipo interculturale, ovvero strutturato sul nesso immaginazione/interculturalità:

«molto spesso, infatti, la possibilità che si instauri un paritario rapporto di scambio di tipo interculturale poggia, prima che possa realizzarsi (e non è detto che ciò avvenga) un’azione di tipo normativo e/o giuridico, su forme di ibridazione e di reciprocità “immaginate” in modo creativo. Questo avviene, specialmente, quando si riesca ad attivare un procedimento (che è anche di conoscenza storico-culturale) di narrazione dei diversi contesti in cui accanto alla necessaria traducibilità dei linguaggi e delle “grammatiche” culturali si costituisca un’attività immaginativa che alla fissità dei principi ordinatori di una cultura sostituisca forme di contaminazione, luoghi di un possibile futuro sapere comune e spazi di condivisione di scelte etiche e diritti fondamentali: la sopravvivenza, l’integrità della persona e del corpo (specialmente femminile) e la riduzione delle situazioni di indigenza, l’ampliamento delle chance di attuazione delle capacità personali»³⁴.

Questo implica che «immaginazione narrativa, etica e politica – messe in proficua tensione sul terreno della filosofia dell’interculturalità – possono realizzare una auspicabile alleanza tra il rispetto dell’identità e il richiamo all’universalità, tra ineliminabile articolazione singolare di religioni e culture, con un’etica e un diritto universalistici, basati sulle norme e i principi di una legislazione cosmopolitica dei diritti umani»³⁵ che è quanto si è cercato di riportare al contesto beninese indagato.

L’indagine condotta, pur corposa, rappresenta solo un tentativo di approssimazione ad una cultura lontana, attraverso una ricerca sul campo che ha contribuito a definire la personalità e il ruolo di chi scrive e che ha mostrato come per capire i fenomeni bisogna addentrarsi – anche “fisicamente” – in essi, intrecciando modelli e saperi diversi. La difficoltà di provare a tratteggiare, certo non a circoscrivere, una cultura atavica, tributaria alla magia,

³² G. Cacciatore, *Etica interculturale e universalismo critico*, in Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, cit., pp. 29-42, ivi, p. 32.

³³ Ivi, pp. 33-34. Cfr. anche Id., *Capire il racconto degli altri*, in «Reset», CXVII (2006), pp. 16-19.

³⁴ Id., *Etica interculturale e universalismo critico*, cit., p. 40.

³⁵ Ivi, p. 41.

alla superstizione, ad un radicato, ma sincretico senso del religioso, cercando non di sottrarla al suo passato e alla sua identità, ma di disporla alla storia presente, è stata proprio quella di scoprire un denominatore comune che fatica ad essere visibile e che è stato sottolineato attraverso il richiamo urgente a criteri universalizzabili, non universali, forniti di validità etica e necessità giuridica che quel popolo deve essere messo nelle condizioni, esso stesso, di rivendicare.

*Ma io entravo nelle case dei contadini [...] come un 'compagno', come un cercatore di uomini e di umane dimenticate storie, che al tempo stesso spia e controlla la sua propria umanità, e che vuol rendersi partecipe, insieme agli uomini incontrati, della fondazione di un mondo migliore, in cui migliori saremmo diventati tutti, io che cercavo e loro che ritrovavo*³⁶.

³⁶ E. De Martino, *Etnologia e cultura nazionale negli ultimi dieci anni*, in «Società», IX (1953) 3, pp. 313-342, ivi, p. 316, poi in R. Brienza (a cura di), *Mondo popolare e magia in Lucania*, Roma – Matera, Basilicata editrice, 1975, p. 59

Appendice

*Interviste effettuate durante il soggiorno di studi dal
2/03/2016 al 21/03/2016 in Bénin*

INDICE INTERVISTE¹

3 Marzo 2016

1. Prof.ssa Dorothée Kimde-Gazard, Ministro della salute del Bénin dal 2005 al 2006 e dal 2011 al 2015
2. Intervista a Remy lavandaio dell'Ospedale *La Croix* di Zinvié
3. Intervista a Gongo e Dominique, personale paraospedaliero dell'Ospedale *La Croix di Zinvié*
4. Intervista a Licia, infermiera presso la neonatologia dell'Ospedale *La Croix* di Zinvié
5. Intervista a M. Zinzindohoue Sostène Codjo – Insegnante ed esperto di sociologia ed antropologia

5 Marzo 2016

6. Intervista a Mme Laure Salmon, presidentessa dell'ONG *Planning familial naturel par la glaire cervicale*

6 Marzo 2016

7. Intervista a Père Christian Stenou presso l'Ospedale di Gbemontin a Zagnanado e presso l'Ospedale di Davougon
8. Visita al centro per bambini polihandicappati *Maison des Enfants* di Zagnanado e intervista all'educatrice del centro, Celine, dell'associazione DCC (Delegation catholique pour la cooperation)

7 Marzo 2016

9. Intervista a Suor Lola Villazan. Responsabile delle attività sociali affiancate all'opera medica dell'Ospedale di Gbemontin di Zagnanado

8 Marzo 2016

10. Visita al centro di Davougon e intervista a Pere Bernard Moëglé

9 Marzo 2016

11. Visita al centro di Grègoire Communauté Saint Camille de Lellis ad Avrankou. Incontro con suor Florence e intervista a Béatrice Ahannougbe, Direttrice del Centro
12. Intervista breve ad un fotografo inglese, volontario ad Avrankou
13. Intervista breve a Annie Pelletier, psicologa e sociologa del Canada

¹ Nelle interviste che seguono con la lettera I si indicherà l'intervistato, mentre con la lettera C si indicherà il curatore delle interviste o intervistatore che è A. Maccaro. Sono stati intervistate persone provenienti di livello di istruzione diverso e afferenti a tradizioni differenti così da avere un quadro quanto più ricco possibile del mosaico culturale. Dalle interviste sono stati espunti gli indirizzi di saluto, le presentazioni e i saluti finali onde rendere più snella e fruibile la lettura.

Alcuni intervistati hanno preferito non lasciar registrare l'intervista, ma si ringraziano comunque per gli spunti offerti: padre Armand; suor Julia Aguiar; padre Marius Yabi; Georcelin Alowanou; padre Epiphane Stephane Nayeton; padre José Michel Favi.

14. Intervista a Raymond Madou S.Y., ex malato Mentale nel Centro di Reinserimento di Davoji
15. Intervista a Léonie Agouinzia, ex malata mentale nel Centro di Reinserimento di Davoji
16. Intervista alla direttrice del Centro di Medicina Tradizionale “Seyon” di Cotonou, Dr Gisèle Egounléty épouse Toudonou

10 Marzo 2016

17. Intervista al guaritore tradizionale Dah-Zodjêglodje Ztzey Kpogba d’Abomey

14 Marzo 2016

18. Visita al Ministero della salute e intervista al Direttore del Dipartimento di Sociologia-Antropologia dell’Università di Abomey-Calavy Roch Hougnihin nonché Coordinatore del Programma Nazionale di Farmacopea e Medicina Tradizionale

15 Marzo 2016

19. Visita all’Ospedale Universitario di Cotonou per constatare lo stato del reparto di Dialisi ed intervista al Capo dell’Associazione dei pazienti dializzati (Association Dialyse-Vie A. DV-Benin) Raimi Mohammed Titos

16 Marzo 2016

20. Intervista a Mme Gras, impiegata presso l’Ospedale *La Croix* di Zinvié
21. Intervista ad Olivier, medico chirurgo francese dell’Ospedale *La Croix* di Zinvié

19 Marzo 2016

22. Visita al centro per bambini malati mentali (Centre Vidjingni les Archanges de Dékanué) di Suor Sabine Marie ed intervista alla suora.

INTERVISTA 1

Prof. Dorothée Kimde-Gazard, Ministro della salute del Bénin dal 2005 al 2006 e dal 2011 al 2015

C – Ministro potrebbe chiarire il senso della medicina tradizionale nel Bénin?

I - Dal 2006 è stata organizzata la medicina tradizionale in Bénin. Nelle comunità sono stati individuati tutti coloro che sono i responsabili della medicina tradizionale, giacché sono molto conosciuti. Essi hanno individuato un loro rappresentante a livello comunale, distrettuale, dipartimentale fino al livello nazionale, ovvero del Ministero della salute. Ora c'è un'equipe dirigente al Ministero della salute, perché abbiamo creato al Ministero un programma di promozione della farmacopea e della medicina tradizionale con un enorme corpo di volontari che cercano di formarli. Ma nella maggior parte dei casi si tratta di persone che non hanno molta istruzione, pertanto bisogna progressivamente rivolgersi a loro e convincerli ad avere l'approvazione scientifica. La prima cosa è che ci sono moltissimi rimedi: i malati per questo si rivolgono ai guaritori tradizionali. Quando una persona si ammala nelle tribù questa si rivolge dapprima ai guaritori tradizionali. Almeno l'80 % della popolazione dei villaggi si rivolge ai guaritori, questo è il primo riflesso; solo quando un guaritore non trova la soluzione ci si rivolge all'Ospedale. Ma questo fenomeno è in continuo cambiamento: si cambia, si progredisce e sempre più sorgono dei Centri di salute nei villaggi. Dunque sempre più ci si rivolge ai Centri di salute presenti nei villaggi: al momento circa il 35 % della popolazione dei villaggi si rivolge ai Centri di salute. Questo vuol dire che la medicina tradizionale continua ad avere un peso estremamente rilevante, ma l'Organizzazione che noi in quanto Ministero della salute abbiamo messo su comporta che ci sia un'equipe nazionale che dirige i guaritori tradizionali nel nostro Paese. Abbiamo con ciò cercato di avere un gruppo nazionale di guaritori tradizionali. Abbiamo deciso di fidelizzarli dando loro una sistematizzazione. Ma sul piano etico chiediamo di condividere i loro rimedi. Ad esempio per quanto concerne la malaria: non chiediamo loro di svelarci i loro rimedi, o di dirci la composizione dell'unico rimedio efficace, ma di prendere le piante e di recarsi al laboratorio di scienze, così da individuare la composizione chimica della pianta. Al momento siamo riusciti ad ottenerlo. I guaritori tradizionali accettano di fare l'analisi chimica delle piante per mostrarci la correttezza e fondatezza dei loro rimedi. Questa è una prima tappa per poter comprendere, per riscontrare il rilievo scientifico e ciò ci permetterà di capire se, effettivamente, c'è un'adeguazione tra ciò che essi asseriscono e quello che è il punto di vista della scienza. Ciò ci permetterà di accompagnarli per meglio organizzare questa medicina tradizionale e per poter mettere sul mercato, a disposizione della popolazione le piante tradizionali, ad esempio attraverso l'utilizzo di piante essiccate o le infusioni. È dunque in corso un processo di organizzazione scientifica della medicina tradizionale. Non siamo ancora ad un livello avanzato, ma non bisogna insistere: si tratta di una questione socioculturale, bisogna che essi accettino ciò che proponiamo loro.

C - Non bisogna troppo insistere con i guaritori, ma quanto alla popolazione?

I - La popolazione anche se gli si dice di non rivolgersi ai guaritori lo farà ugualmente. Tuttavia, parallelamente, ci sono molti programmi del Ministero della salute relativi alla formazione stessa dei guaritori: lì si forma sulla malaria grave ad esempio. Gli si dice: se vi si presenta un malato affetto da malaria semplice, curatelo pure, ma nel caso in cui dovessero sorgere delle complicazioni, non continuate a curarlo in casa, ma mandatelo all'ospedale.

C - Lo fanno?

I - Sì

C - Per quale malattia in particolare la medicina moderna cerca una mediazione con quella tradizionale?

I - Sicuramente la malaria che è la malattia prioritaria, ma anche la diarrea, le infezioni respiratorie.

C - Il tifo?

I - Un guaritore non si occupa di tifo: ci si rivolge a lui ad esempio quando si ha la diarrea.

C - Il guaritore tradizionale si identifica con lo sciamano della religione vudu'?

I - Dovremmo fare una differenza: ci sono coloro che fanno il Vodun e coloro che curano solo con le piante.

C - È approssimabile la cura dei guaritori tradizionali che si servono solo di piante con la medicina omeopatica?

I - Più in città abbiamo l'omeopatia, non è proprio la stessa cosa della farmacopea tradizionale.

C - Più in dettaglio: i guaritori curano con le piante in che senso?

I - Con le foglie principalmente o le radici degli alberi. Ci sono moltissime piante, migliaia, io in quanto Ministro della Salute ho creato giardini botanici con piante medicinali e l'ho fatto principalmente per la malaria. All'epoca del mio primo ministero già mi impegnai affinché fossero realizzati più di 20 giardini botanici.

Il nostro impegno si rivolge anche alle campagne di sensibilizzazione per le vaccinazioni, per veicolare il messaggio della sua fondamentale rilevanza.

C - Come mai in alcune tribù si è reticenti a vaccinare i bambini? Per motivi religiosi?

I - Questa non è solamente una questione del Bénin. Siamo nell'epoca successiva a quella delle grandi colonizzazioni, in cui gli occidentali in un contesto estremamente militarizzato e non pacifico hanno effettuato molte vaccinazioni. Non c'era comunicazione, le popolazioni locali non hanno mai accettato la vaccinazione perché, consentendo una repertazione della popolazione, veniva associata alla raccolta delle tasse. Un altro elemento di dissuasione della vaccinazione sono le nuove religioni come i testimoni di Geova, gli evangelisti che convincono la popolazione che basti la preghiera e non ci sia bisogno della vaccinazione.

C - Le nuove religioni, non le tradizionali in qualche modo ostacolano la vaccinazione?

I - No le moderne. Si sviluppano anche integrazioni con le religioni musulmane che spesso invitano a non prendere le medicine dei bianchi. Non è facile.

C - Il guaritore cura con la preghiera?

I - Sì sicuramente.

C - I guaritori sono disponibili all'integrazione con la medicina moderna.

I - Sì che perché negli Ospedali si crea un posto di lavoro ufficiale per loro, gli si fa un contratto e vengono sistemati nelle sale di consultazione, dove essi scrivono delle ricette per trattare le malattie. La maggior parte sono molto collaborativi.

C - Ci sono delle differenze tra le tribù? Ci sono delle tribù che non vogliono approssimarsi alla medicina moderna e si radicano in quella tradizionale?

I - No, in realtà in maniera così radicale no.

C - Come la religione Vodun viene implicata nelle questioni relative alla cura?

I - Il Vodun è una religione positiva, promuove il valore dell'uomo, dunque non può impedire alle persone di curarsi e di guarire. Certo molti guaritori tradizionali sono dei ciarlatani, ma questa è una questione differente.

C - Come si diviene guaritori?

I - Si trasmette da padre in figlio.

C - Allora in che senso il Ministero ha organizzato una formazione per i guaritori tradizionali?

I - No il ministero ha organizzato una refertazione dei guaritori e creato un'organizzazione a livello nazionale. Adesso organizziamo la formazione sulle malattie che ci preoccupano per riuscire insieme a trattare i malati, come la vaccinazione.

C - Un malato paga un guaritore? Ma se un guaritore va a lavorare nell'ospedale chi lo pagherà il malato o l'ospedale?

I - Non abbiamo ancora iniziato, ma sicuramente non il malato. In Africa il malato paga sempre per curarsi.

C - La medicina moderna costa di più però.

I - Sì certo, alle spalle ci sono ricerche di diagnostica, le esplorazioni, la biologia...

C - E' giusto asserire che la popolazione si rivolge dapprima alla medicina tradizionale perché costa di meno?

I - Sì, certo è anche una questione di mezzi.

INTERVISTA 2

Intervista a Remy lavandaio dell'Ospedale La Croix di Zinvié²

C – Salve, qual è il vostro nome?

I – È Aki Aussé Remy.

C – Muovendo dal presupposto che in Bénin vi è una convivenza di medicina tradizionale e moderna, secondo la sua *esperienza* di lavoratore in un Ospedale (medicina moderna), ma di abitante di tribù locali, in che percentuale e, soprattutto, in quali circostanze, la popolazione preferisce rivolgersi alla medicina tradizionale e in quali a quella moderna?

I – Attraverso la medicina tradizionale le persone guariscono con le piante.

C – Ma la medicina tradizionale comporta solo un uso delle piante o anche il ricorso a preghiere: ha a che fare con il religioso o con la tradizionale conoscenza della natura?

I – Le preghiere sono per i preti cattolici. Ci sono dei preti in Africa, in particolare qui in Bénin, che guariscono attraverso la stregoneria (*sorcellerie*) e che sono sia cattolici che appartenenti ad altre sette.

C – Dunque c'è un'implicazione religiosa che attiene alla guarigione raggiunta attraverso la medicina tradizionale? Il che mi porta a farle un'altra domanda: un guaritore tradizionale è uno "sciamano", è un "ministro" di religione Vodun? Inoltre quando si parla di sciamani ci si riferisce alla religione Vodun o vi sono sciamani anche di altre religioni?

I – Lo sciamano non necessariamente è di religione Vodun, molte alte sette o religioni si avvalgono della figura dello sciamano.

C – Ma allora le persone si rivolgono anzitutto ai medici tradizionali, agli sciamani o alla medicina moderna?

I – Attraverso la medicina tradizionale le persone guariscono, come anche attraverso quella moderna. Tuttavia vi sono anche delle persone che non possono guarire, neanche attraverso la medicina tradizionale.

C – Ammesso che pare abbastanza evidente la differenza tra la medicina tradizionale e quella moderna, non riesco a capire se vi è una differenza tra la medicina tradizionale e quella degli

² Remy è un lavandaio di circa cinquant'anni, esile e timido, ha molti figli e grande bisogno di aiuto. La sua disponibilità è manifesta dalla lunghezza dell'intervista. Sorgono alcuni dubbi sulla affidabilità delle sue parole giacché prima conferma e poi smentisce la prassi dell'esclusione. In effetti sappiamo che si tratta di pratiche ormai in disuso e, atteso il suo scarso livello culturale e la sua estrema semplicità (anche raziocinativa), immaginiamo che abbia cercato di assecondare le nostre richieste, per educazione e cortesia, non sempre conoscendo con sicurezza le prassi tradizionali di cui si parlava. Tuttavia è molto importante rendere conto della pluralità delle anime del Bénin, "campionando" interviste di interlocutori di diverso rango, così da poter fare diversificazioni funzionali alla ricerca.

“sciamani”. Intendo dire: vi è un fondo di razionalità nella medicina tradizionale che manca a quella sciamanica, più prossima alla dimensione del religioso e, in particolare, del Vodun? È possibile dire che i tipi di cura sono allora non due ma tre: medicina moderna, tradizionale/culturale e religioso/culturale?

I – (l’interlocutore ha difficoltà a comprendere gli interrogativi). Il Vodun non guarisce, si guarisce attraverso le piante; sono le piante che guariscono dalla malattia, per questo le persone si rivolgono al *feticheur*.

C – Ma la figura del *feticheur* è equiparabile a quella dello sciamano?

I – Sì è il guaritore tradizionale.

C – Ma allora la tripartizione non esiste: *feticheur*, guaritore tradizionale e sciamano ricoprono lo stesso ruolo?

I – Sì.

C – Possiamo parlare di medicina tradizionale del Bénin in generale o vi sono diversificazioni tra tribù?

I – Le varie tribù possono avere pratiche diverse o simili.

C – Ma curano sempre solo attraverso le piante?

I – Sì, attraverso le piante. Rispetto al Vodun la malattia può essere guarita attraverso il *Vodun zapata* o il *Vodun dan*. Non tutte le persone sono di cuore, ci sono delle persone che vogliono del male agli altri.

C – I *feticheur* possono arrecare danno?

I – No, le persone se vogliono fare del male al loro prossimo, farlo soffrire o anche portarlo alla morte gli inviano il male. Il *feticheur* guarisce. Quando una persona ha questo tipo di male bisogna che faccia in fretta e si rechi subito dai *feticheur* che conoscono le tecniche per guarire.

C – Dunque persone con intenti malvagi possono inviare ai propri nemici delle malattie che i *feticheur* sono in grado di guarire. Ma quando parliamo di malattie di questo tipo – “inviate” – ci riferiamo a problemi fisici o malattie “moralì” (malesseri, psicosi)?

I – Le malattie fisiche, come il buruli (ulcera del buruli) sono guarite dai *feticheur* come anche dalla medicina moderna.

C – Ma allora perché alcune persone si recano dai medici moderni ed altre da quelli tradizionali? Qual è la differenza? Economica?

I – Sì, certo, economica. La medicina moderna costa molto, veramente molto. Con la medicina moderna, invece, con poco sei guarito e soddisfatto.

C – C’è qualcuno che rifiuta di rivolgersi alla medicina tradizionale o ad alcune sue pratiche?

I – Sì, soprattutto i cristiani, ma per alcune malattie si rivolgono ugualmente ai *feticheur*.

C – Ci sono poi persone, penso in particolare agli abitanti dei villaggi più lontani dai centri cittadini, che rifiutano di rivolgersi agli Ospedali moderni per le cure? O c'è qualche malattia in particolare che le persone curano prevalentemente rivolgendosi alla medicina tradizionale? O ancora ci sono dei trattamenti della medicina moderna che gli abitanti dei villaggi rifiutano (per motivi religiosi o per paura), penso al caso dell'asporto dell'utero, argomento così delicato in un Paese nel quale in ruolo principale della donna è proprio quello di fare dei figli?

I – Le persone hanno spesso paura di essere operate, anche ad esempio alle ernie e preferiscono provare prima tutti i rimedi di tipo tradizionale.

C – Capisco, ma ci sono dei motivi culturali, tradizionali, religiosi che possono condurre al rifiuto di trattamenti medici (operazioni o cure particolari)? Vi sono dei trattamenti, come l'asporto dell'utero, che possono condurre all'emarginazione della donna isterectomizzata, dunque privata della sua significatività sociale, dal gruppo di appartenenza? In casi come questo l'operazione viene rifiutata o si accetta, assumendo il gravoso carico di conseguenze che l'esclusione dalla comunità comporta?

I – C'è molta paura di rivolgersi alla medicina moderna, ma fondamentalmente ciò che allontana le persone dalla medicina moderna è il problema economico.

C – Non c'è alcun tipo di impedimento o motivazione di tipo religioso del sospetto nei riguardi della medicina moderna?

I – No, non religioso.

C – Capisco, torniamo al problema dell'esclusione legata alla malattia. Ci sono delle persone che se nascono con una malattia o la contraggono durante la vita sono escluse dalla comunità (come nel caso della malattia mentale)?

I – Sì, certo, soprattutto nel caso della malattia contagiosa: morbillo, varicella...

C – L'AIDS?

I – No, no, l'AIDS non crea esclusione³.

C – Certo, ma vi sono delle malattie non contagiose che creano esclusione, come la malformazione fisica, l'albinismo?

I – No i malformati non sono affatto esclusi, no.

C – E quanto ai malati mentali: so che in alcune tribù, se troppo violenti, vengono legati agli alberi. È a conoscenza di questa prassi? Saprebbe dirmi se c'è una tribù in particolare che pratica queste forme di contenzione?

³ L'intervistato è un lavandaio dell'Ospedale, di scarso livello culturale e, nonostante sia un dato acclarato che l'AIDS sia una delle malattie particolarmente relate al fenomeno dell'esclusione che stiamo cercando di descrivere, potrebbe non aver ben compreso la domanda. Per un approfondimento sulle conseguenze socio-culturali dell'AIDS sulle tribù beninesi si faccia riferimento all'intervista con Bernard o con Christian Steunou.

I – A Cotonou c'è una casa in cui i malati mentali vengono guariti, si chiama “Jacquot”.

C – Si tratta di uno dei centri di Grégoire?

I – Grégoire?

C – Non lo conosce? È un beninese noto per aver salvato moltissimi malati mentali che erano stati legati ad alberi o incatenati dalle famiglie e per averli condotti in centri nei quali le cure principali sono l'amore e la preghiera.

I – Sì, la malattia è la stessa. La malattia mentale è curata anche dai guaritori tradizionali.

C – Sì, ne ero a conoscenza. Ma i guaritori tradizionali si occupano del Centro Jacquot o i religiosi?

I – No, non i guaritori, ci sono medici che curano con farmaci.

C – Ma in una tribù quando qualcuno contrae una malattia oppure nasce malato chi decide delle cure: ciascuno per se stesso, gli anziani per gli altri, gli uomini per le donne? Chi decide se rivolgersi al guaritore tradizionale o all'Ospedale moderno?

I – Sono i parenti che decidono. Soprattutto se si tratta di un malato mentale che non può prendere decisioni lo fa la famiglia, ma molto spesso i malati mentali vagabondano per le strade e le persone di buona volontà si fermano e li conducono nei centri di cura.

C – Lei ha detto che i guaritori tradizionali possono curare la malattia mentale: è a conoscenza dei loro metodi di cura?

I – Utilizzano delle piante per creare delle bevande. Le persone bevono queste tisane, i guaritori poi dicono alcune formule e i malati si addormentano. Dormono, dormono a lungo e dopo aver dormito profondamente, pian piano iniziano a ritrovarsi, continuando il trattamento di bere quelle bevande fatte di piante che i guaritori preparano.

C – Ma c'è una tribù in particolare che in presenza di un caso di malattia mentale tende a legare agli alberi o in catene coloro che ne sono affetti?

I – Al Jacquot vengono legati i malati con catene (la domanda non è compresa).

C – Nel centro Jacquot i malati sono legati? E i parenti lo accettano?

I – Sì, certo, è obbligatorio.

C – Ma anche nei villaggi?

I – Sì certo anche nei villaggi, i guaritori tradizionali legano i malati mentali.

C – Ma li legano perché sono pericolosi o per altre ragioni?

I – Se li si lascia liberi subito, anche se sono guariti, non riescono a “ritrovarsi” del tutto, la malattia tornerà. Devono continuare per lungo tempo i trattamenti altrimenti non riescono a guarire. Nel Centro li legano così che non scappino e possano continuare i trattamenti.

C – La legge, il Ministero della Salute consente che i malati mentali siano legati?

I – Sì, sì.

C – Remy, a quale tribù appartiene lei?

I – *Aïso*.

C – La sua tribù ha tradizioni particolari rispetto alla cura di alcune malattie?

I – Non capisco.

C – Ci sono malattie che vengono curate dai guaritori tradizionali della Sua tribù?

I – Il paludismo viene curato con le piante, come anche la febbre tifoide.

C – Tutta la tribù *Aïso* ha un solo guaritore o ve ne sono diversi?

I - Ci sono alcune famiglie in cui vi sono dei guaritori, ma non in tutte le famiglie. Ad esempio nella mia famiglia c'era uno zio che guariva molte malattie. Coloro che utilizzano le piante vivono molto tempo, certo mangiano anche cose molto semplici e stanno bene e vivono molto tempo, più di cento anni.

C – Vostro zio era un *feticheur*?

I – Sì.

C – Con le sue cure aveva a che fare anche la religione Vodun?

I – Sì, lui guariva con le piante. Ma molti di coloro che guariscono con le piante domandano qualche cosa al Vodun affinché si guarisca da alcune malattie.

C – Quindi la cura delle piante si accompagna alle preghiere?

I – Sì.

C – Conosce la tradizione degli *enfants feticheurs*?

I – Un bambino è detto *feticheur* se nasce con delle malformazioni. Ci si domanda se la malformazione è dovuta alla madre: ci sono, infatti, delle cose che le madri devono fare quando sono in gravidanza. Ad esempio io ho il mio campo ho coltivato il mais, la manioca, ma poiché troppo spesso le persone venivano a rubare i miei prodotti, sono andato da un *feticheur* chiedendogli di aiutarmi. Lui mi ha dato delle “cose” da mettere nel campo cosicché quando qualcuno viene a derubarmi viene colpito, anche le donne gravide, solo che nel loro caso viene colpito il bambino e nasce malformato. Ci sono altri bambini malformati che sono detti *tohossu*. La parola *tohossu* deriva dal re Toh, che è il re dell'acqua. Quando nascono bambini che non parlano, non si muovono, non camminano, hanno la testa grossa, i piedi storti/all'indietro, non crescono, essi sono condannati a morire. In ogni caso non vivono molto e sono motivo di vergogna perché non sono come gli altri.

C – Nei villaggi più rurali c'è l'esclusione di questi bambini?

I – No, non vengono esclusi, è solo molto difficile farli uscire, vivono con i parenti, le madri per andare al mercato li portano con sé, ma coperti, cercano di non farli vedere.

C – A Zagnanado l'anno scorso Suor Julia ha detto alla nostra chirurga plastica che ai bambini nati con la cheiloschisi non viene dato un nome dalle famiglie e lei li chiama tutti Emanuel, ma sono bambini senza nome.

I – Conosce anche lei questa tradizione?

C – Sì.

I – Ma come è possibile? Lei dice che non vengano esclusi, ma ci si rifiuta di dare loro un nome: non è questa una forma di marginalizzazione?

C – Non possiamo parlare totalmente di esclusione: questi bambini vivono con la famiglia; la grande differenza è che i parenti non li fanno uscire, ma restano comunque nella famiglia. C'è comunque molta sofferenza per i genitori e per i parenti di questi bambini, anche se alcuni li abbandonano perché sostenerli è difficile. C'è il rischio di abbandonarli, è davvero molto difficile, c'è molta sofferenza. Alcuni li abbandonano, ma non si può parlare di esclusione. La grande difficoltà è farli vivere. Amici e parenti cercano di sostenere i genitori, facendo loro comprendere che non possono abbandonarli perché sono ugualmente dono di Dio, ma non è facile.

I – Auanu Kaka (Grazie)

INTERVISTA 3

Intervista a Gongo e Dominique, personale paraospedaliero dell'Ospedale La Croix di Zinvié

[Dopo i saluti iniziali si comincia ad introdurre il tema oggetto della ricerca]

C- Ho avuto modo di apprendere dal soggiorno in Bénin che vi sono moltissimi guaritori anche ben diversi tra loro, potreste chiarirmi meglio gli aspetti principali di un guaritore tradizionale e cosa distingue guerisseur e feticheur?

I- [Risponde Gongo] Un guaritore apprende sempre il suo sapere dal padre, si trasmette di generazione (il padre *mostra* al figlio che da un miscuglio di foglie si può guarire una determinata malattia, con un'altra combinazione si cura altro...) a partire dal compimento di 10/11 anni del figlio. Il padre come suo futuro sostituto sceglie solitamente il figlio che gli è più vicino e che si dimostra essere più intelligente e soprattutto calmo, il che lo rende particolarmente educabile ad un sapere complesso.

C- All'interno delle società i guaritori sono molto rispettati? Hanno un particolare ruolo all'interno del gruppo?

I- Sì, certo che sì.

C- E quando voi vi ammalate o avete un fastidio, proprio voi che lavorate in un Ospedale, vi rivolgete ad un guaritore tradizionale o ai medici dell'Ospedale? E conoscete già i guaritori o dovete cercarli chiedendo in giro?

I- All'interno di un villaggio c'è sempre un guaritore e tutti sanno chi è, ma ci sono molti tipi di guaritore. Ad esempio vi sono alcuni capaci di curare l'HIV, altri di invidiarlo. Noi africani abbiamo numerosi modi di mettere le malattie nel corpo [*mettre les maladies dans le corp*]: il guaritore può mettere le malattie [*getter les maladies*] nel tuo corpo.

C- Dunque un guaritore può eliminare una malattia e, allo stesso tempo, causarla? Perché?

I- Perché qualcuno lo chiede! Ad esempio io lavoro nell'Ospedale, mettiamo il caso che io voglia occupare il posto di lavoro di un altro. Mi reco da un guaritore e lui mi dice: prendi queste foglie e pronuncia queste frasi.

C- Il guaritore ti dà una sorta di ricetta e provvedi tu stesso a comporla o ti consegna un preparato? Ed è a pagamento?

I- Dipende, in ogni caso si paga il consulto o i prodotti. Lui mi dirà prendi questo preparato e vedrai che in quel giorno colui che tu vuoi sostituire si ammalerà e resterà a casa e tu potrai prendere il suo posto. Il male gli viene inviato [*envoié*], letteralmente.

C- Ma la stessa persona che guarisce le malattie può anche arrecarle o sono guaritori diversi, alcuni orientati al bene e altri al male?

I- No tutti i guaritori possono farlo, basta pagare.

C- Vengono consultati più per guarire o per arrecare malattie?

I- In percentuale simile, moltissimi chiedono di inviare il male ad altri per ottenere potere.

C- Lo hai mai fatto?

I-No, certo che no, mi farebbe anche paura. Ma ci sono persone anche nel governo che per ottenere il potere si servono dei guaritori.

C- Un guaritore ha a che fare con la religione Vodun? È uno sciamano [*chaman*]?

I- È la stessa cosa. Mentre il ruolo del guaritore è separato dal Vodun. Ci sono molti tipi di Vodun.

C- Il Vodun è una religione?

I-No, prima era una religione, ma adesso no, ci sono i cattolici che dominano e lasciano pochissimo spazio al Vodun.

C-I guaritori di cui mi avete parlato sono gli stessi che lavorano per il ministero della salute?

I- Beh si tratta di un'associazione di guaritori, il governo li finanzia per fare delle ricerche su alcune malattie.

C- Un guaritore trasferisce i principi della medicina “razionale” alle tribù o, meglio, sensibilizza le tribù alle cure convenzionali?

I- Il guaritore tradizionale lavora per conto suo. In ogni caso in Bénin è molto forte l'idea della cura con le piante: anche se io non sono un guaritore, sono beninese e in quanto tale conosco molte piante e foglie efficaci per malattie come la febbre, la malaria. Non è necessario che tu prenda le medicine dei bianchi [*pour les “yovò”- “uomo bianco” in lingua fon*], funzionano anche le nostre piante, le nostre foglie, le nostre radici.

C- È quindi più comune provvedere ad un automedicamento o alle terapie del guaritore piuttosto che recarsi da un medico?

I- Sì, il nostro problema, però, sono le dosi di queste cure con foglie e piante, che sono molto incerte.

C- Per la malaria cosa prendete? L'artemisinato?

I- Sì, se prendi la radice del limone, della papaya e una foglia che chiamiamo “chinino”, la metti in una bottiglia con dell'alcool, come della “soda bee”, e la lasci in infusione, diventa amara, ma ti guarisce dalla malaria.

C- Tu la prendi?

I-Sì.

C- La date anche ai bambini?

I-Sì ma lasciamo evaporare l'alcool sul fuoco, basta lasciarla riscaldare.

C-E cosa accade nei casi in cui né le piante, né i guaritori tradizionali sono in grado di curare la malattia né di pagare un medico moderno: la persona malata viene *esclusa* dalla comunità?

I- Alcune volte anche i guaritori sono incapaci di guarire determinate malattie, dipende anche dalle ricerche di piante che hanno fatto e in cosa sono specializzati. Ad esempio in Nigeria sanno curare altre malattie perché hanno altre piante che a volte inviano anche qui in Bénin. Ad esempio mettiamo il caso che tu sia mia moglie e che non mi sia fedele [... *l'intervistato sorride ed adduce di stare per confidarmi cose troppo delicate*] io posso recarmi da un guaritore e farmi consegnare un prodotto tradizionale che chiamiamo "KA" preparati con le piante ed altri prodotti che metto all'ingresso della casa, nel momento in cui mia moglie si stende sul suo amante quello morirà.

C-Si può fare lo stesso con gli uomini?

I-No, vale solo per le donne.

C- Ma se un bambino nasce con una malformazione o con qualche malattia incurabile è a tutt'oggi considerato *enfant fetish*: viene escluso dalla comunità o questa credenza è in disuso?

I-No, lo si porta dal *guerisseur*, ma dipende molto dalla malattia che ha il bambino. Ci sono molte malattie che l'Ospedale non può guarire, soprattutto se le malattie sono state inviate: l'Ospedale non potrà mai guarirle.

C- Si i guaritori si rendono conto di non riuscire a curare una malattia mandano il malato in ospedale o si rifiutano di considerarlo?

I- Riconoscono quando è necessario mandare il malato in Ospedale.

C- Un guaritore può andare all'Ospedale lui stesso?

I-Sì, certo. Ma dipende sempre dalla malattia.

C- Nella realtà dei fatti ci sono forme di collaborazione tra *guerisseurs* e medici moderni?

I-No no, affatto. Dovrebbero farlo, i dottori dovrebbero lavorare con i guaritori per legge, ma qui non funziona.

C- Perché Non c'è fiducia?

I-Sì, esatto. Ma poi, sai, in africa c'è una forte differenza tra i medicinali, qui usiamo prendere le tisane.

C-Anche da noi ci sono delle cure naturali, ad esempio l'omeopatia.

I-[*In quel momento passa il cuoco e l'intervistato lo ferma*]: lui ad esempio mi ha insegnato a preparare la tisana per la malaria: non conoscevo la sua preparazione, ma sono guarito subito.

C- Ma c'è un dosaggio?

I-No, ne prendiamo...molto! Ma è stata rapida la guarigione.

C- Dunque ciascuno può preparare delle tisane con piante differenti, indipendentemente dal guaritore?

I-Se sai come prepararle sì.

C- Ma se notoriamente un elemento naturale nella forma della “tisana” funziona per guarire un determinato malessere, accade mai che i medici beninesi degli ospedali prescrivano ai malati di prepararsi una tisana con quell’elemento?

I-No, mai. O almeno c’è una volontà da entrambe le parti, del medico e dei *guerisseurs*, di tenere distinti i propri ambiti, anche se i programmi ministeriali vorrebbero un accordo. Comunque il vero problema della medicina tradizionale è il fatto di non conoscere i dosaggi.

C- E allora perché secondo lei ci sono tali difficoltà a trovare un accordo: infondo i medici moderni potrebbero trovare i dosaggi, e razionalizzare così la medicina tradizionale. Del resto anche molte medicine moderne hanno una base naturale, sono composte di piante, allora perché non creare una sinergia tra i due saperi?

I- La medicina moderna si basa su una razionalità e una consequenzialità che quella tradizionale non ha: per la mentalità africana non è necessario che una medicina “funzioni”, può talvolta funzionare talaltra no, mentre per voi quando si prende un medicamento deve essere efficace necessariamente. Poi ci sono alcuni nostri preparati che sui bianchi non hanno alcun effetto o, invece, possono avere effetti devastanti e non terapeutici. In effetti i preparati sono *segreti* della famiglia. Alcuni preparati, non composti sempre da foglie, rendono anche immuni dall’assassinio: anche se qualcuno ti sparerà non morirai se hai messo il preparato sul tuo corpo o se lo hai bevuto. Ma sono cose che solo la mentalità africana può capire. Ci sono anche delle forme di anestesia preparate con medicinali tradizionali.

C- Bene: ma se finisce l’anestetico in Ospedale nessuno consentirà che si faccia ricorso per le operazioni chirurgiche a quello tradizionale perché, come detto, c’è una forma di diffidenza da parte della medicina moderna nei riguardi di quella tradizionale. Ma anche quella tradizionale ha una reticenza a rivelare i suoi segreti? Dunque la chiusura è doppia?

I- Sì, è così.

C-Il guaritore è sempre uomo o può essere una donna? E deve essere anziano? La figura del guaritore è legata alla considerazione dell’anziano o è percepita come un mestiere tra gli altri?

I-Può essere anche una donna, ogni donna infatti ha le sue conoscenze per la cura dei figli, e non necessariamente deve essere anziano, ma deve avere qualcuno che gli ha trasmesso quelle nozioni.

C-Una donna ha voce in capitolo per le decisioni di cura di se stessa e dei suoi figli o decide il marito, o la famiglia?

I- Decide il marito, ma si rispettano comunque gli anziani e i parenti per cui se loro dicono una cosa tu ascolti e rispetti quanto ti dicono di fare. Ogni villaggio ha la sua cultura.

C- I legami di parentela prescindono dai legami di sangue, vero?

I- Sì, parenti sono le persone dello stesso villaggio, che vivono con te. Il legame è molto forte tra parenti tant'è che tutti si chiamano fratelli e *gran frère*, in forma di rispetto, i più grandi.

INTERVISTA 4

Intervista a Licia, infermiera della neonatologia presso l'Ospedale La Croix di Zinvié⁴

C – Esistono delle malattie in Bénin che creano un'esclusione sociale, come ad esempio la cheiloschisi?

I – Sì, si tratta di bambini che vengono esclusi dalla famiglia e dalla comunità perché vengono considerati come *enfants fetish*. Sono *enfants fetish* anche i bambini che invece di uscire dal ventre della madre dalla testa escono dai piedi. Si crede che loro siano venuti al mondo per uccidere la madre e la famiglia.

C – E come ci si comporta con questi bambini?

I – In alcuni casi, soprattutto al nord del Bénin⁵, questi bambini vengono condotti nella foresta e vengono uccisi.

C – Perché nel nord, perché vi è qualche tribù in particolare che crede alla tradizione degli *enfants fetish* o perché sono solo più “rurali”?

I – In generale qui⁶ è più raro che al nord. Al nord c'è anche una maggiore incidenza di queste malattie. Mentre al sud vi sono alcune tribù che definiscono i bambini nati con malformazioni *enfants vodun/Vodun* o *tohossu*.

C – E questi bambini sono considerati come gli *enfants fetish*, ovvero portatori di morte e maleficio, dunque da eliminare?

I – Sì, li si getta in acqua. Tohossu, infatti, vuol dire “re dell'acqua”, pertanto bisogna “rinviarli” in acqua.

C – Questa abitudine è frequente o ci sono persone che accettano gli *enfants tohossu*?

I – Ci sono delle persone che li accettano.

C – In quali tribù vengono gettati in acqua?

I – In molte tribù della “vallé”.

C – Quali malformazioni hanno i bambini *tohossu*?

I – Ad esempio idrocefalo, spina bifida, trisomia (down).

⁴ Licia ha circa quarant'anni, il suo livello culturale è medio ed è una grande amica del gruppo di medici della Konou Konou Africa Onlus. Riponiamo fiducia nella sincerità delle sue affermazioni: lei è, infatti, una dei pochi intervistati che confermano immediatamente la tradizione degli *enfants fetish*.

⁵ Molti intervistati confermano che tale prassi dell'eliminazione dei bambini malformati si verifica soprattutto al nord del paese.

⁶ L'intervista è fatta a Zinvié, vicino Cotonou, nel sud del Bénin.

C – Ma se i *tohossu* sono detti anche *enfants Vodun*, questa dell’uccisione per annegamento è una pratica ha a che fare con il Vodun?

I – Sì.

C – In tutte le tribù che sono di religione Vodun quando nasce un bambino con una malformazione incurabile è ucciso?

I – Sì o eliminato dalla famiglia.

C – Come lo accettano le madri?

I – In Africa la madre non ha mai scelta, l’ultima parola non è mai la sua, ma del padre o della famiglia.

C – La sanità ufficiale non si occupa degli esclusi?

I – Sì.

C – Come pensa si possa affrontare il problema di trovare una mediazione tra le tradizioni locali che bisogna rispettare e, allo stesso tempo, i diritti, soprattutto il diritto alla vita di questi bambini? Conosce qualche intervento dello Stato in tale direzione?

I – Ci sono dei Centri sociali che si occupano di questi bambini, soprattutto enti di religiosi. Suore e preti vanno nei villaggi a recuperare questi bambini e lavorano anche ad una sensibilizzazione delle famiglie.

C – Dunque nelle tribù di religione cristiana non vi sono prassi del genere e non sopravvivono queste tradizioni legate all’esclusione e all’uccisione dei bambini malformati?

I – No.

C – Si tratta dunque di prassi solamente e fortemente legate alla religione Vodun?

I – Sì.

C – Ritorniamo alle malformazioni. Il labbro leporino può essere curato grazie alla chirurgia e talvolta persino l’idrocefalo. Dunque, se un medico guarisce il malato, la tribù riaccoglie chi precedentemente era stato escluso o la taccia resta a vita?

I – Sì vengono riaccolti.

I - Conviene con me che in casi come questo la medicina non è solo una forma di guarigione ma ha un valore etico indisconoscibile perché modifica completamente la vita del malato e dei suoi familiari e contribuisce anche a ridurre la frequenza di pratiche barbare quali l’uccisione giacché infonde nei parenti la speranza di guarigione e “normalizzazione” del bambino malformato?

C – Certo.

INTERVISTA 5

*Intervista a M. Zinzindohoue Sosténe Codjo- insegnante e studioso di sociologia e antropologia*⁷

C – Professore conosce anche Lei la tradizione degli *enfants Vodun*, ovvero dei bambini nati malformati che, soprattutto nel passato, ma in parte ancor oggi, vengono condotti nella foresta ed uccisi oppure annegati?

I – Sì.

C – Poniamo, però, il caso che un medico possa guarire la malformazione (penso ad esempio all'operazione al labbro affetto da cheiloschisi): se guarito, il malato viene riaccolto nelle tribù?

I – Sì, ma si tratta di casi molto rari.

C – Potrebbe farmi qualche altro esempio di malattie o malformazioni che creano esclusione dalla tribù?

I – In Africa la malformazione clinica del bambino è spesso attribuita ad un comportamento sbagliato delle donne incinte. Ad esempio spesso alle madri gravide viene impedito di mangiare alcuni alimenti, tuttavia a causa della povertà esse sono costrette a mangiare quello che c'è, non riescono a nutrirsi di quello che sarebbe opportuno per il loro stato. Difatti in Africa quando subentra una malattia o una malformazione non si ricercano le cause cliniche, ma si fa anzitutto riferimento alla "sociologia", alla cultura: si pensa che la madre abbia commesso una colpa, ad esempio la madre non dovrebbe ballare la notte o vi sono determinati alimenti il cui consumo in gravidanza è interdetto⁸. La donna, incinta, inoltre, non può mangiare dal piatto di un altro, perché altri possono aver fatto un rituale sul cibo o sul braciere dove si cucina e lei potrebbe essere colpita da un'*anomalia* che può causare la malformazione al bambino. Quando accade qualcosa di questo genere si parla di *geomanzia*. La geomanzia viene usata qui, presso di noi, quando cerchiamo di comprendere queste realtà; geomanzia è, ad esempio, quando si interroga il fato ed esso ci dirà cosa è accaduto.

C – Ma sta parlando della religione Vodun, di animismo o di altro?

I – Sì, delle tradizioni locali.

C – Ma ciò accade in tutte le tribù o in qualcuna in particolare?

⁷ L'intervistato ci viene presentato dall'infermiera Licia la quale ritiene che lui, essendo originario di Abomey e molto esperto di sociologia ed antropologia, conosca meglio le tradizioni socioculturali locali.

⁸ Molto peculiare è il rapporto con il cibo presso le tribù: molte persone intervistate (cfr. intervista al capo dei pazienti dializzati) affermano che in caso di malattia o di gravidanza sono interdetti numerosi cibi che per la medicina razionale occidentale sono, invece, considerati corroboranti le terapie ricostituenti (ad esempio è vietata l'assunzione di molte proteine).

I – In tutte le tribù.

C – L'esclusione è dunque legata alla religione, giusto?

I – Sì.

C – Il guaritore tradizionale si identifica con il “feticheur” le “chaman”?

I – Sì, non ci sono differenze nette. Lo sciamano ha segreti che utilizza per trasformare una bottiglia in un animale ad esempio, fa della “superstizione” è più vicino a un prestigiatore, ad un mago. Il guaritore utilizza le piante, ma non ci sono differenze nette.

C – Gli abitanti delle tribù locali in caso di malattia a chi si rivolgono prima: alla medicina tradizionale o a quella moderna?

I – Anzitutto al “feticheur”. Ci si rivolge al feticheur, con il quale si istituisce un rapporto abitudinario e di fiducia, anche per chiedergli che una donna resti fedele al marito: a tale fine spesso vengono dati alle donne dei prodotti per addormentarla ed abusare di lei. Le persone si fidano molto dei feticheur, del resto le tisane che essi preparano possono guarire molte malattie ed aiutare per molte faccende quotidiane. Questo comporta che molti feticheur se ne approfittano chiedendo sempre più denaro alle famiglie. Ciò perché tutto nella nostra tradizione ruota attorno a dei miti. Quanto alle piante, ci può essere una sola pianta che cura più cose come anche combinazioni di piante (spesso fanno delle tisane con misture di cocco, di grano, di farina di mais) di cui solo i feticheur conoscono la “posologia”.

C – Quindi la prestazione dei feticheur è a pagamento?

I – Sì.

C – Costa di meno della medicina moderna?

I – Si tratta di un sistema estremamente impoverito; in materia di morale e di etica niente è rispettato. Nei nostri ospedali pubblici il materiale è spesso sottratto e utilizzato negli studi privati dei medici. Quando il malato si reca in ospedale gli dicono che non vi è più materiale e lo orientano presso gli studi privati i cui costi sono assolutamente proibitivi per la maggior parte della popolazione.

C – Rispetto alla malattia mentale, conosco la storia di Grégoire Ahongbonon il quale slega i malati mentali dagli alberi, li porta nei suoi centri di cura dove si assiste ad un significativo miglioramento dalle patologie al punto che gli ammalati sono ricompresi nelle comunità di provenienza. Tuttavia sono alla ricerca di dettagli sulla questione. Può dirmi in quale tribù del Bénin vige la prassi di legare agli alberi i malati mentali? In tutte o solo in alcune? Si tratta di una prassi prevalentemente praticata in passato o a tutt'oggi frequente?

I – Pressoché tutte le tribù legano i malati mentali, ma perché i malati spesso sono violenti e diventano pericolosi: conosco la storia di un malato che ha preso sua nonna e l'ha gettata in un pozzo; di una donna malata che ha ucciso il suo bambino facendogli battere la testa contro un albero. Per queste ragioni quando *il male arriva* li si incatena.

C – Ma si tratta di una prassi legata alla religione Vodun o alla tradizione?

I – Ha a che fare con il Vodun. La malattia mentale è legata ad una causa malefica, per questo è importante la preghiera affinché il malato si liberi.

C – Dunque, la causa della pratica del legare in catene deriva solo dal timore di danni provocati da colui che non è presente a se stesso o la tribù teme anche che il demone che ha preso possesso del corpo dell'ammalato possa diffondersi presso altri membri e contagiare la comunità, portando nocimento a tutti?

I – No, principalmente si teme la loro brutalità. Diventano molto pericolosi per la comunità.

C – E se il malato riesce a guarire, quando ritorna in comunità viene riaccolto come nulla fosse accaduto o viene sempre guardato con sospetto e lasciato ai margini?

I – Quando un malato ritorna la tribù è molto diffidente; in molti ambienti sono stigmatizzati, additati e tenuti lontani dal cuore della vita comunitaria.

C – Mi conferma che un altro caso di emarginazione è quello degli albinici?

I – Sì, anch'essi sono vittima di esclusione.

C – Ma non vengono uccisi?

I – No.

C – Ma chi decide della vita e della morte, dell'esclusione dei membri di una tribù e soprattutto delle cure? Ciascuno decide per se stesso se rivolgersi al medico tradizionale o a quello moderno o mariti ed anziani decidono per gli altri? Come si ripartiscono i ruoli all'interno della gerarchia sociale presso le tribù?

I – Dipende: se la donna è malata, nella maggior parte dei casi il marito decide per la moglie, ma se non c'è stata la cerimonia di riconoscimento (è una questione di dote) presso la famiglia della sposa, allora il marito è tenuto a consultarsi con i genitori della moglie per le cure di lei. Se, durante il corso della malattia, la donna muore e il marito non aveva fatto quella cerimonia, la famiglia di lei reclama il corpo, se la cerimonia è stata fatta lui pretende che lei venga sepolta presso di lui. Se la donna è di un'altra cultura, di un altro gruppo socio-culturale, rispetto alle cerimonie, i suoi parenti si recano presso la famiglia del marito per celebrare una sorta di accordo che noi chiamiamo *fratrie* così da mediare se vi sono tradizioni differenti.

Allo stesso modo per le cure dell'uomo viene coinvolta la famiglia di lui.

C – Dunque nei fatti nessuno mai decide per se stesso delle cure.

I – Non è così semplice.

C – Ma allora come pensa che il diritto alla cura e all'autodeterminazione possa interagire con una cultura che antepone il collettivo all'individuale? Come dunque è possibile mediare tra il rispetto delle tradizioni culturali e i diritti? Abbiamo parlato di tante tradizioni: da quella

di uccidere i bambini malformati, a quella di legare i malati mentali, come pensa che queste tradizioni culturali locali possano mediarsi con la prospettiva universale del diritto alla cura di tutti, alla salute e di quello all'autodeterminazione? È possibile un compromesso?

I – Certo. Da ormai una sessantina d'anni che i nostri parenti hanno risolutamente smesso di seguire le tradizioni più radicali. Oramai quando un bambino cade malato si cerca di comprenderne le cause. Qui presso di noi quando qualcuno nasce, la sua vita è legata ad un fetish e se gli si è riconoscenti la vita andrà bene, altrimenti accadranno molte cose brutte, come malattie o sfortuna. Per curarlo ci si reca presso i guaritori i quali chiedono soldi e si passa tutta la vita a cercare soldi per pagare i guaritori

C – Dunque bisognerebbe favorire una sensibilizzazione della popolazione sulle cause razionali delle malattie e sulle cure: ma non crede che in questo modo si imporrebbe il punto di vista razionale occidentale e le tradizioni finiranno per essere dimenticate?

I – Effettivamente ci sono ancora delle resistenze. Bisognerebbe che si continuassero a trasmettere le tradizioni e i valori: accettare altre culture non vuol dire abbandonare completamente la propria. Se Lei fosse beninese, ma suo figlio nascesse in Francia, Con la sensibilizzazione della popolazione le tradizioni cambieranno e le pratiche negative verranno sempre più abbandonate. Ad esempio nella nostra regione si praticava molto l'*incisione sulle ragazze*, ovviamente clandestinamente. Le donne che continuano a praticarlo non vedono il pericolo della comunicazione e utilizzano lo stesso oggetto affilato per molte bambine

C – Posso domandarle in quale regione del Bénin è più praticata l'incisione sulle bambine?

I – Al nord.

C – C'è una tribù in particolare in cui viene praticata o in tutte?

I – No, non in tutte.

Il professore è stanco e l'intervista si conclude con dei ringraziamenti finali.

INTERVISTA 6

Intervista a Mme Laure Salmon, presidentessa dell'ONG Planning familial naturel par la glaire cervicale

C- Buongiorno Madame Laure, lei si occupa di medicina naturale in relazione alla nascita, è giusto?

I- Sì, la nascita sia in relazione a coloro che vogliono avere dei figli, sia in relazione a coloro che non ne vogliono. Ci sono numerosi metodi naturali: metodi che tengono conto della temperatura, metodi di palpazione del collo dell'utero, ci sono poi i metodi che noi chiamiamo "methodes calandrières" che apprendiamo a scuola per calcolare il quattordicesimo giorno di fecondità e cose affini, ma poi abbiamo il metodo della glaire cervicale (muco cervicale). Tra tutti questi metodi, il più importante è proprio quest'ultimo, della glaire cervicale. Una donna che non ha glaire cervicale non può e non potrà mai avere figli: questa è una scoperta che è stata fatta da una coppia di ricercatori, medici australiani che hanno scoperto il metodo della glaire cervicale, metodo che noi chiamiamo anche "methode bilisse", scoperto nel 1945, presentato all'OMS 1970 e in undici anni l'OMS ha testato molte donne che avevano utilizzato il metodo della glaire cervicale, appurando la sua efficacia, fino a convalidare il metodo bilisse nel 1981.

C- Il suo compito è di sensibilizzare le donne a questo metodo?

I- Sì, tutte le mattine mi reco in Ospedale⁹ ed intraprendo la mia attività di sensibilizzazione perché i religiosi non approvano i metodi contraccettivi artificiali; tra l'altro i metodi contraccettivi artificiali hanno effetti secondari che i metodi contraccettivi naturali non hanno. Tra i metodi contraccettivi naturali vi è quello della glaire cervicale che non è solo un metodo contraccettivo, ma aiuta le donne anche ad avere figli nel caso in cui non vi riescano spontaneamente. E, oltre a ciò, esso aiuta anche a stabilire il sesso del bambino, se i genitori desiderano una femminuccia o un maschietto. Questo metodo possono utilizzarlo tutte le donne; è l'unico metodo naturale che tutte possono utilizzare, sia che abbiano un ciclo mestruale regolare o meno, sia che non abbiano affatto il ciclo mestruale, ad esempio se immediatamente dopo il parto o in pre-menopausa. In Bénin il metodo bilisse si è diffuso a partire dal 1992.

C – La religione tradizionale Vodun, in Bénin, vieta i metodi contraccettivi artificiali allo stesso modo della religione cattolica?

I – Sì, anche i musulmani, che anche sono presenti in gran numero in Bénin. Del resto questo è uno dei motivi della sua diffusione, oltre al fatto che non ha effetti secondari o complicazioni, si consideri che molti metodi contraccettivi possono essere così pericolosi che talvolta non resta altro da fare che procedere con l'asportazione dell'utero. Dunque prima di spiegare come si manifesta [arrive] la glaire, devo spiegare come avviene la gestazione. [L'intervistata mostra delle immagini dell'apparato genitale femminile e delle ovaie]. Prima

⁹ Mme Laure lavora all'Ospedale camilliano di Zinvié in Amministrazione.

che si maturi il periodo di fecondità della donna, l'ovulo lascia la cervice, questo agisce sulle ovaie e una decina di ovuli cominciano ad ingrandirsi, uno tra questi cresce più degli altri. L'utero riceve l'ovulo, inizia a essere irrorato di sangue e assorbe vitamine, così se arriva il bambino l'utero potrà sostenerlo fino al parto. Nello stesso momento la glaire cervicale cola nella vagina. La presenza della glaire indica dunque il periodo di fecondità della donna, ed è per questo che noi consigliamo alle ragazze che non vogliono avere figli di lavarsi bene, con del sapone, ma anche di osservare giorno per giorno la presenza della glaire. Quando l'utero comincia a prepararsi ad un'eventuale gravidanza la glaire fuoriesce, essa ha 4 funzioni: consente di diminuire l'acidità vaginale, seleziona gli spermatozoi di buona qualità, tiene in vita gli spermatozoi (anche dopo la morte dell'ovulo gli spermatozoi continuano a vivere fino a sei giorni successivi nella glaire) e consente loro di raggiungere l'ovulo, dunque se non c'è la glaire la donna non può concepire. Inoltre la glaire fuoriesce anche durante il ciclo, ma le donne non lo sanno. Per tale ragione il mio compito è proprio quello di diffondere questo metodo anche nelle scuole al fine di evitare le gravidanze precoci. Le donne devono controllare con la mano la consistenza e il colore della glaire: all'inizio è molto densa, quando l'ovulo inizia a morire la glaire diventa trasparente fino a diventare filamentosa ed indica che l'ovulazione è passata; poco dopo la glaire cessa di colare. Pertanto è la glaire che permette di avere figli e se non si vogliono avere bisogna evitare i rapporti sin da quando si manifesta la glaire fino a qualche giorno dopo essa cessa di colare. Io insegno alle donne come riconoscere ed osservare la glaire.

C – Le persone La seguono?

I – Sì molto, il 9 gennaio 2016 sono anche apparsa sulla televisione nazionale [mostra il video]. Io e la mia ONG vorremmo che il governo ci aiuti nella sensibilizzazione della popolazione: molte donne non utilizzano nulla, ma con il metodo della glaire cervicale esse possono conoscere il proprio periodo di fertilità.

C – Ma se una donna non può avere figli viene esclusa dalla comunità?

I – Assolutamente sì.

C – Presso tutte le comunità o solo presso alcune?

I – Ma, in generale, è così in Africa. Ho conosciuto una donna che per 13 anni ha cercato invano di avere figli, suo marito stava per “restituirle” alla famiglia [*la renvoyer*], io le ho spiegato il metodo della glaire ed ha avuto un bambino.

C – Dunque questo metodo è sia contraccettivo, sia consente di avere figli? In che modo? Mi interesserebbe capire meglio la percezione che la comunità o la famiglia ha di una giovane donna che non riesce ad avere figli.

I – Tutte le donne che vogliono figli, ma non ci riescono, fanno delle analisi, così accadde alla donna di cui parlavo, e dalle analisi risultava sana; è venuta da me, le ho detto di fare delle consultazioni della glaire ed è riuscita a rimanere incinta.

C – possiamo definire questo metodo parte della medicina tradizionale o della medicina moderna?

I – Si tratta di medicina naturale; solitamente si usa distinguere la medicina artificiale, quella tradizionale e quella naturale, che è chiaramente la migliore perché non ha effetti collaterali.

C- Da quanto tempo è impegnata su questi temi?

I – ventiquattro anni. Padre Francesco mi ha spinto a studiare tali temi al centro Policis all'Arcivescovado, erano i cattolici che rifiutavano i metodi contraccettivi e in tre anni ho appeso questa tecnica.

C- Le problematiche bioetiche sulle quali vorrei essere ragguagliata meglio da Lei sono due: anzitutto se era possibile una sorta di controllo delle nascite e come era inteso dalle religioni tradizionali, ed è molto interessante sapere che vi sono dei metodi naturali contraccettivi tollerati; accanto a ciò i miei studi vertono sul tema dell'esclusione, pertanto Le sarei grata se volesse meglio intrattenersi sul tema dell'esclusione delle donne che non riescono ad avere figli. Inoltre amerei sapere se è possibile un reintegro in comunità, ovvero se una donna che per anni è stata negletta perché incapace di procreare, dopo esservi riuscita, magari con l'ausilio della Sua metodica (che, come visto, oltre ad essere contraccettiva può anche essere di ausilio alla nascita), viene reintegrata appieno nella comunità.

I-Se una donna non può avere figli è malvista all'interno della comunità; dopo il matrimonio, se trascorrono più di tre anni senza avere figli, le famiglie interpellano il marito per capire se vi sono problemi di coppia o ragioni fisiche che impediscono la gravidanza, dopo cinque-dieci anni è la famiglia che autorizza e spinge l'uomo a sposare un'altra donna [*prendre une autre femme*]. La donna di cui vi parlavo prima che per 13 anni non era riuscita ad avere figli, sottoponendosi al mio studio, ha potuto capire che non produceva affatto glaire cervicale, ma la glaire viene prodotta anche durante il ciclo mestruale, così studiando insieme con lei la sua situazione ho potuto capire che ovulava durante il ciclo, così dopo averle consigliato di provare ad avere rapporti durante il ciclo mestruale è rimasta incinta. Dunque non era sterile, inoltre qui in Africa, gli uomini non preferiscono fare l'amore durante il ciclo, pertanto se non mi avesse incontrato non avrebbe mai potuto avere un bambino. Quanto ai metodi contraccettivi tradizionali, è abbastanza usato un anello, preparato anche da guaritori tradizionali, tuttavia non si tratta di un metodo sempre efficace o affidabile, giacché più volte le donne, pur portandolo, sono rimaste incinte. In altre circostanze, soprattutto se le donne portano l'anello per troppo tempo, può accadere che non riescano più a rimanere incinte. Una donna dopo aver portato per tre anni l'anello al dito si rivolse al guaritore tradizionale, nel frattempo era molto ingrassata e l'anello al dito le aveva lasciato un segno visibile. Il guaritore le disse che solo se la cicatrice sarebbe andata via sarebbe potuta rimanere incinta. La donna provò con olio di karité ed altri emollienti, ma adesso è in menopausa e non ha più speranze. Un altro metodo contraccettivo tradizionale prevede che la donna indossi una cintura particolare al di sotto del ventre, se la porta non rimarrà incinta, questa cintura si può tagliare, ma può accadere che, una volta tolta, la donna resti sterile. Vi sono poi delle bevande [*tisane*] per evitare la gravidanza, ma bisogna fare molta attenzione perché sono molto pericolose, soprattutto se non sono ben dosate e, anche in questo caso, le donne possono rimanere sterili o addirittura morire. Questo va detto rispetto a tutti i medicinali tradizionali: il problema è il dosaggio che non si conosce e si rischia in moltissime circostanze di avvelenare il malato.

C – Ma le donne sterili o che a seguito di una malattia, ad esempio di un tumore, hanno subito un'isterectomia e non possono avere figli sono accolte dalla comunità anche se non hanno mai avuto figli?

I – È difficile, la considerazione non è più la stessa, non la si considera più. La si persuade ad accettare che suo marito dovrà prendere un'altra moglie. Lei in tal caso può scegliere di restare con lui, permettendo al marito di avere un'altra moglie, oppure di lasciare la casa coniugale.

C – Nel caso in cui la donna abbia già avuto un figlio e non possa averne più?

I – In tal caso non ci sono problemi.

C – E sempre in relazione al tema dell'esclusione: se un bambino nasce con una malformazione grave, come il cosiddetto "labbro leporino" (cheiloschisi), viene escluso dalla comunità, abbandonato, emarginato, ucciso?

I – Questo viene ascritto alla stregoneria [*sorcellerie*] o si dice che il bambino è un "enfant Vodun". Il problema è che le persone non sanno cosa sono le malformazioni e immediatamente le ascrivono al Vodun. Ad esempio un bambino con una testa molto grossa (macrocefalo) è considerato "enfant Vodun".

C – Ma se si tratta di cheiloschisi e la medicina può guarirlo, viene riaccolto in comunità o continua a gravare su di lui l'accusa di stregoneria?

I – No, se guarisce rientra a pieno titolo nella comunità. In verità i bambini con la cheiloschisi sono accettati, ma la madre è obbligata a nasconderli. È molto forte la vergogna che investe la madre di un bambino malformato. Per questo quando arrivano i medici missionari ad operare, moltissimi casi vengono fuori, ma proprio molti!

C – Potrebbe farmi altri esempi di malattie che causano esclusione sociale, ma che la cura potrebbe consentire un pieno reintegro in comunità?

I – Soprattutto le malformazioni e in particolare nei bambini.

C – Ma in tutte le comunità o solo presso alcune è più forte l'idea di esclusione del malformato? E tale idea è legata alla tradizione della comunità o al Vodun?

I – È la mentalità. Ma le persone istruite, gli intellettuali, le persone che sono andate a scuola sanno che si tratta di malformazioni, ma le persone dei villaggi le rifiutano ed ascrivono alla stregoneria. Presso molte famiglie quando al momento del parto la madre muore, viene rifiutato il bambino. Ci sono molti bambini abbandonati perché le madri sono morte al momento del parto.

C – E chi se ne occupa di questi bambini abbandonati?

I – Alcuni vengono adottati, ma molte persone li rifiutano, altri vengono mandati negli orfanotrofi.

C- Ad esempio una volta una donna ha avuto quattro gemelli, ma la famiglia ha ritenuto fossero troppi, percependo tale evento straordinario come non normale e ascrivibile alla stregoneria, e la famiglia ha rifiutato ed escluso la donna e i suoi quattro bambini.

I – Anche gli albinosi sono rifiutati?

C- È certo bizzarro che il padre sia nero, la madre sia nera e arriva un bambino bianco, per cui alcune famiglie li considerano “enfant Vodun”.

I – Dipende dunque dal livello sociale della famiglia l’abbandono del malformato o del “anormale”?

C- Sì, ma è molto difficile crescere un bambino albino: non può stare al sole, non può mangiare alcuni alimenti.

I – Quanto ai malati mentali, saprebbe dirmi in quali tribù è ancora in uso la prassi del legare i più violenti agli alberi?

C- Non in tutte le tribù: alcuni preferiscono mandare i malati mentali all’ospedale e farli curare, altri non vogliono affatto occuparsene. Attualmente conosco un giovane ragazzo di diciassette anni malato mentale, la famiglia l’ha abbandonato, non vuole occuparsene, anche se non lo hanno incatenato.

I-Lei prima ha parlato di “mentalità”, saprebbe aiutarmi a diversificare se la prassi del legare agli alberi i malati mentali è tipicamente africana, beninese o legata alla religione Vodun?

C-Non è possibile ripartire risolutamente gli ambiti, è la mentalità locale, ma la mentalità presso le persone istruite è molto differente: si tratta di incultura, soprattutto degli abitanti dei villaggi. Se una famiglia di Cotonou può accettare un bambino malformato, farlo operare e prendersene cura, lo stesso non accade nei villaggi, il malformato è rifiutato e la madre è costretta a nascondere.

I-Le madri soffrono molto di dover nascondere i propri figli o sono anch’esse persuase alla tradizione?

C- Ne soffrono, ma sanno di non avere alternative.

I – Vorrei farle un’ultima domanda rispetto alla percezione della medicina moderna all’interno del contesto tribale. Il medico moderno è percepito dal malato alla stessa stregua di un guaritore? Infondo, come il malato non conosce né capisce le cure che gli somministra un guaritore tradizionale, ugualmente non capisce quelle somministrate da un medico moderno, dunque qual è la differenza del rivolgersi all’uno piuttosto che all’altro?

C – Prima di rivolgersi all’ospedale nella maggior parte dei casi il malato si rivolge ai guaritori tradizionali, alcune volte la terapia tradizionale funziona, altre volte no. Molto spesso i malati si rivolgono all’ospedale troppo tardi, dopo aver lasciato trascorrere troppo tempo al punto che non è possibile fare nulla. Accade che gli arti dei malati vadano in necrosi e non resti altro da fare che amputarli. Accade talvolta che gli stessi guaritori si rendano conto

di non riuscire a curare la patologia di cui un malato è affetto e sono essi stessi a consigliare di rivolgersi all'ospedale.

I- Dunque si può dire che il malato ha una fiducia assoluta nel guaritore, come nel medico: sono persone che possono aiutarli, rispetto ai quali non vanno poste questioni, tendenzialmente non si chiede loro neanche quale sarà l'itinerario di cure da seguire, lo fanno e basta? Mi spiego meglio: nel nostro Paese quando un malato si rivolge ad un ospedale è tenuto a firmare una serie di documenti in cui dichiara di consentire o dissentire ai trattamenti proposti, e, allo stesso modo, se ci si reca presso un medico questo è tenuto a spiegare minutamente qual è la patologia che affligge il malato e quali sono le cure che lui propone, descrivendo anche le possibili complicazioni di eventuali interventi terapeutici o chirurgici. Il paziente vuole essere informato bene su tutto il percorso di cura: accade lo stesso qui?

C- Qui le persone ripongono molta fiducia sia nei guaritori che nei medici: il paziente crede *facilmente* in coloro che dicono di poterlo guarire. È più facile qui.

I- Ma c'è un intervento terapeutico o chirurgico proposto dalla medicina moderna che tendenzialmente i malati rifiutano, anche per motivi religiosi? Penso all'asportazione dell'utero: se il medico dice all'ammalata che è la sua unica possibilità di sopravvivenza, lei accetta l'operazione o vi sono dei motivi per cui essa dovrebbe rifiutare?

C-Vi sono persone che rifiutano delle operazioni per convinzioni sociali, religiose o per paure personali: ad esempio ci sono delle donne in Ospedale che rifiutano il parto cesareo, hanno paura, vogliono aspettare il consenso del marito, il che a volte diviene pericoloso per la vita del feto. In altri casi le ragioni vanno ascritte al Vodun, alla *sorcellerie*.

Mme Laure non ha più tempo per concludere l'intervista, pertanto seguono saluti e promesse di futuri incontri.

INTERVISTA 7

Intervista a Père Christian Stenou – Responsabile del Lebbrosario di Davougon

C - Buongiorno Padre e grazie della disponibilità. Le mie domande riguarderanno il mio argomento di studio, ovvero un'analisi di tutte quelle malattie che creano una forma di esclusione del malato dalla tribù o dalla comunità di appartenenza, oltre al modo in cui le persone si rapportano alla malattia, alla malformazione dei bambini. Ho potuto apprendere che ci sono dei casi di esclusione dalla comunità anche nel caso in cui le donne non siano più in grado di avere figli a causa di un'isterectomia. A partire dalla Sua esperienza può dirmi se esistono delle pratiche di esclusione dalle comunità in caso di malattia qui in Bénin?

I - L'esclusione qui esiste. Ce n'è molta, in ogni ambito. Quando sono arrivato qui mi sono occupato soprattutto dei lebbrosi: a quell'epoca loro erano i grandi esclusi. Essere esclusi dalla comunità vuol dire ad esempio che, una volta deceduti, la loro salma non poteva essere interrata sotto la casa, come accade, invece per gli altri secondo la tradizione. Per la tradizione, infatti, il defunto deve essere sotterrato nella sua casa, così da poter rimanere parte integrante della famiglia, difatti quando la famiglia mangia o beve sempre ne getta un po' in terra, con lo scopo di nutrire e dare da bere ai propri defunti. Invece il lebbroso veniva interrato nella foresta.

Abbiamo così iniziato con il costruire una casa per loro, così da poterli interrare nella loro casa.

Adesso, in realtà, rispetto ai lebbrosi l'esclusione è diminuita un po' perché ve ne sono di meno, un po' io credo che l'evoluzione della società abbia permesso di considerare la lebbra una malattia come le altre. Per questo si può dire che l'esclusione sia un po' diminuita.

C - Ma se la lebbra può essere trattata, l'escluso che è sottoposto alle cure può essere riaccolto dalla comunità? Penso al malato mentale: in alcune tribù viene escluso, legato agli alberi o in catene, ma se Grégoire Ahongbonon intraprende un'opera di convincimento presso le famiglie, li prende con sé, somministra loro delle cure e i malati guariscono, le tribù li raccolgono nuovamente. Accade lo stesso per la lebbra?

I - Sì, li si raccoglie, ma c'è sempre un po' di reticenza. Adesso ci sono nuove forme di esclusione che prima non c'erano, ad esempio gli anziani sono esclusi. Prima non era così, erano visti come i più saggi ed erano massimamente rispettati; c'era tuttavia una forma di esclusione nascosta. Quando si parla di *sorciers* si trattava quasi sempre di una persona anziana e, in particolare, di una donna anziana, mai un uomo. L'uomo anziano era inteso come un saggio, ma la donna era quasi sempre vista come una *sorcière*, mai come una persona saggia. A tutt'oggi è anormale che una donna viva fino a diventare vecchia: si è sempre pensato che a un certo punto la donna dovesse morire, quando era terminato il suo ruolo di nutrimento, crescita e cura dei figli.

Esclusi sono, in generale, coloro che sono affetti da qualche patologia: anche i bambini malnutriti, ovvero quelli che hanno il ventre molto gonfio perché pieno di acqua ed incapace di trattenere le proteine: la loro forma è anormale, per questo anch'essi si può dire che siano esclusi, difatti non vengono interrati insieme agli altri.

Esclusi sono, poi, come ha detto, i malati mentali che si crede siano posseduti dal diavolo e questa tradizione continua a perdurare.

C – Quando parliamo di esclusi cosa intendiamo con il termine esclusione? Si tratta di persone abbandonate, condannate a morire o uccise?

I – Sono mandati fuori dalla società e muoiono per l’abbandono. I bambini malnutriti o malformati sono, invece, proprio eliminati. Sono condotti nei pressi del fiume, nella foresta o chissà dove e si fa in modo che spariscano rapidamente.

C – E le madri di questi bambini fanno qualcosa per evitarne la morte o l’abbandono?

I – Le madri sono convinte anch’esse che bisogna agire in questo modo: anch’esse pensano che il proprio figlio sia un “*sorcier*”, che sia maligno (“*mauvais*”). Per loro è normale che li si elimini. Oggi, tuttavia, si può riscontrare che le madri a poco a poco prendono coscienza e cominciano a reagire rispetto a questa esclusione: adesso lottano per proteggere i propri figli ed è per questo che abbiamo creato il Centro per malati mentali a Zagnanado, per aiutare ed incoraggiare le madri, per mostrare loro che il loro figlio non è così irrecuperabile come dicevano loro e che è possibile fare qualcosa ed aiutarli dal punto di vista psicologico. Non si tratta solo di aiutare i bambini, ma anche le madri.

C – Dunque le madri che vengono qui con dei bambini malformati o portatori di handicap sono in effetti escluse anch’esse dalla comunità oppure si autoescludono, portando via il proprio figlio ed allontanandosi esse stesse?

I – Non proprio. Potremmo dire che si autoescludono perché sono esse, da sole, ad occuparsi dei propri figli, per cui li seguono nel percorso terapeutico. È molto raro che i padri se ne occupino. Le madri sono sempre sole ed è per questo che bisogna aiutarle, sostenerle.

C – Dunque al momento i bambini polihandicappati sono qui tutti accompagnati dalle loro madri o vi sono ancora casi in cui le madri abbandonano i figli qui, nei pressi dell’Ospedale sapendo che voi ve ne occuperete?

I – Tenzialmente le madri restano qui.

C – Ed i padri?

I – Restano al villaggio. Non vediamo quasi mai i padri.

C – Quanto ai bambini con il labbro leporino può testimoniare siano oggetto di prassi di esclusione.

I – Sì, è la stessa cosa anche per loro: sono considerati dei bambini anormali e quindi da eliminare ugualmente.

C – È vero che i genitori non danno loro neanche il nome?

I – Può darsi, questo non so dirlo con precisione. Mi sono sempre occupato della cura, ma è da poco che rivolgo le mie attenzioni anche ai bambini, ai malnutriti in particolare e agli handicappati, ma scopro costantemente cose terribili. In effetti molte di queste cose stanno accadendo anche in Europa, ma in maniera diversa, sterile, sviluppata e nascosta. Quando si eliminano i bambini malformati prima della loro nascita non si fa certo una cosa migliore, si fa esattamente la stessa cosa. E lo stesso, per cui c'è poco da dire sul modo di fare di qui. Noi stiamo iniziando ad abituarci alle nostre prassi fino a considerarle normali, come qui trovano normale eliminare i bambini. Qui si nota di più perché sono più “grandi”.

C – Perché sono nati ...

I – Sì, ma nei fatti non ci sono differenze fondamentali.

C – Ritornando al tema dell'esclusione: vengono esclusi anche gli albinici?

I – Sì, ma direi che c'è un atteggiamento più positivo nei loro riguardi. Sono comunque considerati come diversi, ma non vi è lo stesso rifiuto. Questa è la mia impressione.

C – Rispetto, invece, alle forme di cura tradizionale anzitutto vorrei domandarle di chiarirmi se ad occuparsene sono gli “sciamani”, ovvero i “sacerdoti” della religione Vodun, e in secondo luogo vorrei capire se essi sono davvero, come mi è stato detto integrati in un certo senso dalla medicina moderna e quale è il loro modo tradizionale e “modernizzato” di rapportarsi alla malformazione dei bambini.

I – Ho lavorato con un medico beninese che si è molto occupato di questo in rapporto all'ulcera del Buruli il quale mi ha detto che ogni volta che ha cercato di lavorare con un guaritore tradizionale ha avuto la convinzione che non ci fosse una reale collaborazione, ma che quegli lo “usava” per mostrare che anche la medicina moderna, interessandosi a loro, finiva con il legittimarne le pratiche e i ruoli. In verità non c'è una collaborazione. I guaritori tradizionali comunque in linea di massima si servono di piante ed è evidente che nella natura vi siano piante che possono curare, tuttavia bisogna studiarle per utilizzarle correttamente perché possono essere anche tossiche.

C – Anche lei riscontra che a tutt'oggi gli abitanti dei villaggi si rivolgono dapprima alla medicina tradizionale e solo in seguito a quella moderna?

I – Sì, assolutamente.

C – Sono i pazienti a rendersi conto della necessità di rivolgersi alla medicina moderna per il fallimento di quella tradizionale o, piuttosto, sono i guaritori tradizionali che delimitano il

loro campo di pertinenza e, una volta constatata la loro incapacità di occuparsi della patologia, invitano il malato a rivolgersi ai medici moderni?

I – I guaritori più seri invitano il malato a rivolgersi ai medici, all'ospedale. È noto che è tutta una questione psicologica la credenza nei guaritori e, del resto, loro conoscono bene la psicologia dei malati: questo sicuramente li aiuta a “curare”. Loro attribuiscono alle piante la guarigione, ma in effetti lavorano anche tenendo conto del piano mentale. È in ogni caso molto difficile sapere quanta parte di verità e quanta di superstizione c'è nel loro modo di curare. A loro interessa avere il maggior numero di malati possibile giacché la malattia consente loro di arricchirsi, ma questo accade sia per la medicina tradizionale che per quella moderna.

C – Qui non esiste il consenso informato, ma si può dire che domina, ancora, incontestato, il “paternalismo medico” oramai superato nella più parte dei paesi del Primo Mondo? Mi spiego meglio: quando un uomo si ammala si è detto che dapprima si rivolge ad un guaritore tradizionale, ma sia che si rivolga ad un guaritore, sia che si rechi in Ospedale, l'ammalato in entrambi i casi non viene informato sul tipo di cure che gli vengono somministrate? Non viene mai interpellato sulle cure e, dunque, non gli viene mai chiesto il suo consenso rispetto ad un trattamento che potrebbe anche voler rifiutare? In Europa bisogna compilare il modulo del consenso informato prima di ogni minimo intervento, qui abbiamo l'impressione che non accada sia per quanto concerne, evidentemente, la medicina tradizionale, ma anche rispetto a quella moderna. Il problema è quello dell'autodeterminazione dei pazienti che pare si affidino completamente al medico (tradizionale o moderno che sia).

I – Qui c'è molta fiducia nel medico, il che è un aspetto che potrebbe sembrare negativo, ma che è anche un aspetto profondamente positivo. Del resto? Perché c'è tanta gente qui a Gbemontin? Perché c'è molta fiducia, ma non solo. La suora ed io abbiamo iniziato a lavorare in un altro Ospedale 40 anni fa, i malati venivano dappertutto, da Port-Nouveau, da Cotonou, facevano centinaia di chilometri per venire a farsi curare lì. Quando abbiamo lasciato l'Ospedale, le persone volevano continuare ad essere curate da noi, ma io e la suora non avevamo alcun diploma. Fummo rimpiazzati da medici professionisti, ma a quel punti non c'erano più malati. I malati non venivano più, l'Ospedale era vuoto e si è stati costretti a chiuderlo perché non c'era più nessuno. Ma è lo stesso qui, perché noi siamo così pieni se c'è un Ospedale nuovissimo a 400 km che è quasi sempre vuoto.

C – È vuoto, forse, perché costa troppo farsi curare lì?

I – No. Non è solo una questione di costo. È una questione di fiducia. Qui ci sono persone che vengono da Lagos, da Cotonou, e si tratta di persone che vengono con la proprio automobile. In casi come questi non si tratta del prezzo. Per i poveri certamente è una questione di prezzo, ma ci sono molte persone ricche che vengono ed attendono insieme agli altri sotto gli hangar, a terra, insieme a tutti gli altri poveri. Costoro potrebbero farsi curare anche in una clinica, ma hanno fiducia in quel che facciamo qui.

C – Quindi i malati si fidano molto, ma c'è qualche trattamento che rifiutano per motivi legati alla religione tradizionale o alla tradizione sociale e penso, in particolare, all'asportazione dell'utero?

I – Per ragioni religiose ci sono i Testimoni di Geova che rifiutano la trasfusione di sangue, ma è così dovunque. Quanto alle tradizioni locali quel che rifiutano concerne soprattutto la dimensione alimentare: per una o l'altra malattia loro interdicono l'assunzione di determinati cibi. Pertanto bisogna loro mostrare che è una prassi che non va bene e che gli alimenti che loro vietano di assumere, in realtà, gli farebbero bene. Io non capisco bene perché sono soprattutto le proteine ad essere vietate. Non voglio pensarlo, ma potrebbe darsi che questi divieti derivino da un calcolo di alcuni – solo alcuni – guaritori che vogliono che la malattia si protragga e la guarigione ritardi.

C – Vengono interdetti dei cibi diversi in relazione alla malattia?

I – No, ci sono delle regole alimentari che vengono imposte a quasi tutti i malati. Io non capisco bene il motivo, ma credo ci sia un qualche interesse da parte dei guaritori che il malato non guarisca troppo in fretta e nessuno è riuscito a darmi una risposta convincente in proposito.

C – Accade spesso che i malati si sottopongano a queste diete rigide?

I – Sì, spesso, tutti i malati gravi che arrivano qui non mangiano pollo, il pesce, le uova.

C – E che cosa possono mangiare?

I – La pat, farina di mais...

C – Non è difficile rispettare queste loro tradizioni e credenze e, allo stesso tempo, cercare di garantire loro le cure adeguate, la salute? Penso al rapporto tra il rispetto delle tradizioni particolari e i diritti universali, nel caso di Grégoire e dei malati mentali so che avviene una mediazione molto complessa, ma di fondamentale rilevanza in forza della quale Grégoire inizia una “contrattazione” con i familiari del malato per ottenere che dopo la guarigione essi possano riaccoglierlo. Evidentemente qualora egli o le autorità di polizia o giuridiche imponessero la presenza del malato mentale nella comunità questo rischierebbe di essere anche condotto alla morte dagli altri membri, perché considerato abitato da demoni, pertanto bisogna cercare una mediazione tra rispetto della cultura e delle credenze particolari non perdendo mai di vista l'ottica universale dei diritti alla cura e alla salute. Accade qualcosa di analogo anche rispetto ad altre patologie o altre tradizioni con le quali qui vi trovate a confrontarvi?

I – Bisogna rispettare le tradizioni, ma bisogna riconoscere ugualmente che ci sono delle cattive tradizioni, qui come ovunque. Non bisogna rispettare passivamente tutte le tradizioni: ci sono delle cose da rispettare ed altre no. Anche io quando trovo a confrontarmi con alcune

sette cristiane che utilizzano – e dico bene “utilizzano” – la malattia per attirare persone, proponendo loro delle cure che si accompagnano a grandi preghiere o grida, io ne prendo le distanze. Io rispetto tutti, anche qui all’Ospedale, distinguo la malattia di una persona dalle sue convinzioni; del resto quando un malato entra qui io non gli chiedo certo qual è la sua religione. Noi rispettiamo ed accogliamo tutti, ma se voi venite qui e volete imporre il vostro modo di vedere io vi allontano qualsiasi sia la vostra religione: cristiana, musulmana o altro. I musulmani sono molto rispettosi, pregano nelle ore per loro stabilite, tutti li guardano, ma non cercano di imporre la loro preghiera agli altri, pertanto non c’è alcun problema se professano la loro fede. Ma se una setta cristiana viene qui e con grandi urla attribuisce la malattia alla presenza del diavolo, sono io stesso che li metto fuori.

C – Per Lei c’è una strada che lo Stato dovrebbe intraprendere per veicolare alcuni principi della medicina moderna? O per fare in modo che alcune tradizioni non positive come l’abbandono dei bambini malformati possano essere superate?

I – Per me bisogna mostrare alla popolazione che ci sono alternative. Mostrare che è possibile curare in uno modo diverso. Penso ad esempio ai bambini handicappati che sono già qui: quando le persone dei villaggi vedranno come trattiamo i bambini malati e vedranno come questi bambini si divertono, giocano, io penso che questo farà cambiare loro opinione. Questo fa progredire la mentalità. Noi accogliamo un bambino handicappato, ma tantissime altre famiglie vedranno e capiranno che non bisogna ucciderli. Questo è uno dei motivi per cui mi dispiace un po’ che il Centro per i bambini sia un po’ separato, ma non c’era altro modo di fare. Lo stesso accade rispetto ai bambini malnutriti che spesso vengono eliminati quando si gonfiano oltremodo, quando noi mostriamo alle famiglie che dando della farina, la bouillie, ai loro figli, pian piano essi migliorano fino a piena normalità, questo fa avanzare le cose.

C – C’è qualche campagna di sensibilizzazione nei villaggi che spieghi alla popolazione che la malnutrizione può essere guarita?

I – Se ci si accontenta di dire le cose, di fare dei grandi discorsi nei villaggi, non cambierà molto, ma se invece si mostra loro la realtà. A Davougon 3 volte a settimana ci sono delle campagne di sensibilizzazione, ma diamo degli esempi: arrivò un bambino ed era molto gonfio, gli abbiamo dato della farina ed è guarito. Così abbiamo potuto mostrare anche agli altri che la farina ha potuto migliorare la sua condizione fino a farlo guarire. Bisogna partire dal caso concreto. Così hanno potuto vedere che è vero; se ci si accontenta di fare un discorso non basta.

C – Lo stesso è, allora, per le campagne di prevenzione, per la vaccinazione...?

I – Per tutto. È importante che loro possano constatare.

C – Ci sono delle tribù in particolare che rifiutano i vostri consigli e i vostri trattamenti? C’è addirittura qualche tribù che si rifiuta di rivolgersi ad un ospedale cristiano?

I – No. Le reticenze provengono soprattutto dai guaritori tradizionali perché perdono un guadagno se un malato si rivolge all'Ospedale.

C – Un ulteriore chiarimento: un guaritore appartiene sempre alla religione Vodun?

I – Più o meno sì.

C – Ci sono dei casi in cui le pratiche dei guaritori peggiorano la malattia del paziente ?

I – Io penso che il Vodun è una religione basata sulla paura: si ha paura che se non si fa questa cosa qui accada chissà che; se qualcuno si ammala si ha paura che qualcuno ti ha inviato una sorta di maleficio. Cercano sempre la causa della malattia negli altri, non la cercano nella loro maniera di vivere, di nutrire i loro figli. È sempre l'altro che ti ha reso malato. In ogni caso se i guaritori curano con le piante e la malattia è molto grave loro aumenteranno la dose fino a bloccare i reni o ad arrivare a causare danni irreversibili. È esattamente come se noi usassimo i medicinali moderni in dosi eccessive: finiremmo con l'uccidere il malato. Presso i guaritori è esattamente la stessa cosa. Mi è accaduto più volte che arrivassero in ospedale bambini, ma anche adulti i cui reni erano completamente bloccati a causa delle tisane, non urinavano più. Quindici giorni fa è arrivato un ragazzino di 12 anni che aveva un po' di febbre; ho guardato bene il suo viso e mi sono accorto che c'era qualcosa che non andava, non sapevo cosa, ma avevo l'impressione che aveva qualche cosa di anormale. L'ho interrogato, gli ho chiesto cosa avesse preso, se era stato dal guaritore e se aveva urinato in giornata. Mi ha risposto di sì, che aveva urinato la mattina. Gli ho dato da bere. Dopo un'ora neanche un goccio d'urina. Ho capito che i reni erano bloccati, gli ho dato del Lasix (diuretico) ed ancora nessuna reazione, niente. All'improvviso ha iniziato ad urinare sangue. Tutto il personale si è allarmato, ma li ho tranquillizzati dicendo che era un buon segno, era segno che i reni si stavano sbloccando e un'ora dopo stava bene.

Anche rispetto alla malnutrizione le cure tradizionali peggiorano le cose: bisogna agire molto prudentemente perché se si agisce brutalmente i bambini possono morire.

C - Per Lei, dunque, per superare queste tradizioni radicali è sempre preferibile mostrare una differente tipo di medicina, dare loro esperienza di altro?

I- Sì rispetto ai grandi discorsi da fare nei villaggi che non servono affatto a curare i malati penso assolutamente di sì.

C – Lei pensa che i guaritori tradizionali se sono seri e fanno il loro lavoro con una vera conoscenza delle piante possono davvero invitare il malato, quando si accorgono della loro impossibilità di fare altro, a rivolgersi all'Ospedale?

I – Io penso di sì. Loro conoscono le piante, ma non bene i dosaggi. Poi, come in tutte le cose ci sono i guaritori seri e i ciarlatani.

C – Lei conosce guaritori seri?

I – Personalmente no, ma so che ce ne sono.

C – Lei a Davougon si occupa dei lebbrosi, ma i guaritori tradizionali cosa fanno per i lebbrosi?

I – No, niente.

C – Al momento ci sono ancora lebbrosi a Davougon? Meno di prima?

I – Sì, al momento ci sono 160 ospedalizzati e ci sono 25 lebbrosi. Quando si parla di esclusione nel sistema della salute è di diversi tipi, l'esclusione si verifica anche a causa della povertà. La sanità è inaccessibile per la maggioranza della popolazione. A Davougon ci sono anche i malati di HIV che pure sono oggetto di forme di esclusione.

C – Lo stesso accade per i bambini che nascono da una madre affetta da HIV?

I – sì. Non sono esclusi, gettati o uccisi, ma vengono prevalentemente abbandonati e si ritrovano soli.

C – E sono loro che vengono da voi, o c'è qualcuno che va a cercarli nei villaggi?

I – Vengono loro, ma ci sono anche gruppi di persone che vanno nei villaggi. Noi facciamo il depistaggio anche durante le consultazioni e il lavoro interessante consiste nel mostrare che le persone che sono affette dall'HIV possono vivere anche molto bene se seguono il trattamento seriamente: ci sono poi delle testimonianze, di coloro che accettano di parlare e dire: “io sono malato da 10 anni, da 15 anni, ma continuo il mio lavoro ... questo incoraggia gli altri a curarsi eventualmente a fare lo screening. Spesso accade che le persone vengono per altre malattie e qui ci accorgiamo che sono affetti da HIV. Ci sono molti casi di persone che si sono stabilizzate e che conducono una vita normale. Somministriamo loro gli antivirali, ce li fornisce lo Stato, non li abbiamo certo per tutti, ma nella maggior parte dei casi riusciamo a curarli.

C – Quando i malati lasciano l'Ospedale continuano a prendere i farmaci regolarmente?

I – Normalmente loro devono periodicamente venire qui a prenderli, per questo accade che spesso abbandonano. Ci sono persone che, poi, vanno a cercarli a domicilio per portare loro i farmaci.

C – Ritornando al tema del paternalismo medico e del consenso informato che, in Europa, testimonia la vittoria dell'autonomia e autodeterminazione del paziente, possiamo dire che in Africa persiste il paternalismo, ma un diverso tipo di paternalismo, forse più “etico” perché qui ci sono problemi di comunicazione, di conoscenza, informazione?

I – È sempre difficile spiegare la malattia al paziente, anche perché ci sono delle cose che per noi sono evidenti, che sono semplici, ma che è difficile spiegare perché spesso si tratta di persone che non sono mai andate a scuola e non conoscono le nozioni di igiene, le patologie, il modo in cui il nostro organismo è fatto. Non è facile far capire cosa succede nell'organismo.

C – È quindi un paternalismo necessario quello che c'è qui.

I – Io non sono molto ben disposto con il modus operandi della medicina europea, e sempre di più. In Europa è una catastrofe. Qui la suora arriva a salvare un tale numero di persone che non potrebbero essere salvate in Europa. Penso ai grandi ustionati che salviamo qui, neanche dai grandi servizi specializzati in Europa potrebbero essere salvati.

C – Perché?

I – Perché c'è un eccesso di sterilità e bastano piccoli microbi che il malato muore. Qui le persone vivono con quei microbi e il suo organismo continua a difendersi. Noi abbiamo ormai organismi che non sono più capaci di difendersi. Anche rispetto all'anestesia io penso sia molto pericolosa quella che propongono i medici che vengono a fare le missioni qui. Non sto criticando i vostri chirurghi, ma di solito me ne occupo io. Io da 40 anni non ho mai visto un incidente a causa dell'anestesia qui. Io prima non ne sapevo niente, ma i miei malati si sono sempre svegliati. Io faccio tutto con la ketamina che è molto meno traumatica per i malati, anche se meno sicura per i chirurghi: può accadere che il malato si muova sulla tavola, può accadere che bisogna aspettare che si approfondisca il sonno per continuare l'operazione, ma tutti i malati si svegliano senza problemi, non c'è mai un incidente di anestesia. Io vedo invece che ad ogni missione ci sono dei momenti in cui tutti sono estremamente preoccupati a causa dell'anestesia. A me farebbe paura farmi operare in Europa. La suora mi ha operato qui con della ketamina, pare anche che io mi sia mosso molto, ma non ho avuto paura. Un giorno era venuta per una riunione a Davougon, e nel pomeriggio dopo la riunione siamo venuti qui insieme, siamo andati dalla macchina direttamente al blocco operatorio, lei mi ha operato e mi sono svegliato senza difficoltà.

C – Io non posso dire molto in proposito perché non sono un medico, ma probabilmente dipende dalla gravità e dalla difficoltà dell'intervento chirurgico.

I – Certo, ma vi rendete conto che la suora ha fatto 3 settimane fa un martedì 60 interventi nella giornata di tutti i tipi con 60 anestesie generali in una giornata. È impensabile fare una cosa del genere per la maniera di lavorare di un medico europeo.

C – Allora per Lei non è utile l'aiuto offerto dai medici europei?

I – Non ho detto questo: è utile e molto buono perché ci sono delle cose che la suora non può fare. Inoltre come lavoro nostop la suora può operare un giorno a settimana e qualche sera, ad esempio in questa settimana, con i medici italiani si è lavorato moltissimo. Quindi la prima

cosa da dire è che abbiamo bisogno di queste missioni e poi ad ogni missione la suora apprende cose nuove.

C – La velocità delle operazioni è diversa? Anche a Zinvié i medici italiani che stanno lavorando con padre Marius ci hanno riferito che lui è rapidissimo ed è sempre nel blocco operatorio ed ha un'esperienza tale che è capace di operare molto di più anche perché ci sono moltissimi malati e non ci sono alternative.

I – Sì. Qui molti anni fa il fondatore della facoltà di medicina di Cotonou. Era un anziano professore in pensione che veniva una volta al mese come copertura alla suora prima che lei ricevesse la laurea. Gli ho sentito dire con le mie orecchie che aveva scoperto qui cose che non aveva mai visto all'Ospedale Universitario di Cotonou perché le persone non potevano andare fin lì a curarsi; non sarebbero stati operati, non ci potevano arrivare, per questo restavano ad aspettare la morte nel villaggio. Qui possono venire tutti e saranno curati anche se non hanno molti soldi. Per questo possiamo vedere molte cose che non si vedono fuori e per un chirurgo che ha voglia di vedere cose nuove qui ne vedrà. Qualcuno che viene dall'Europa a volte non potrà operare quello che opera la suora il martedì perché in Europa è troppo forte l'idea di sterilità, mentre la suora opera molti casi anche infetti, la suora li opera lo stesso e le persone guariscono. In Europa, in Italia si è andati troppo lontano per troppe cose ed diventa una catastrofe quando non si è più al servizio dell'uomo.

Si valutano sempre e troppo i rischi. C'è un giovane chirurgo beninese che lavorava qui e che adesso è andato in Francia per studiare e ci ha detto tutti gli esami che deve fare per un'appendicite, ha detto "è folle, ma lo devo fare", devo fare uno scanner (TAC), ... altrimenti posso avere un processo...

C - Forse l'ideale sarebbe trovare una via di mezzo. Ad oggi in Europa, infatti, la medicina diventata difensiva: ci sono dei medici, soprattutto i giovani che hanno paura delle cause, degli avvocati e scelgono di non intraprendere cure difficili. Questo è certamente un male per i malati.

I – Certo. Qui si fanno delle cose che non si possono più fare in Europa. Ma la medicina è per l'uomo o per le regole? Quando si rimane qui per alcuni anni non si può più guardare l'Europa con gli stessi occhi. Ci si rende conto che ci sono delle cose aberranti, che sono folli in Europa, che non sono più a servizio dell'uomo. Bisogna che ci sia una presa di coscienza e che si torni alle cose più umane. Adesso sono solo le leggi, le regole, le carte che contano, non più l'uomo.

C – È mai stato in un ospedale in Europa?

I - Sono stato operato alla cataratta. Ho trovato persone simpatiche e gentili, ma respingo quel modello. Qui operiamo tutti i trimestri: c'è un oftalmologo che viene ad operare le cataratte, ma costa mille volte in meno che in Europa. Ed è la stessa malattia. Quando ho visto che per la mia cataratta è costato più di un milione di CFA, mentre qui costa venti mila franchi... Qui ci sono cose da migliorare, ma anche in Europa ci sono molte altre cose da migliorare per

porsi a servizio dell'uomo; non più delle regole, delle leggi. Come fare? È difficile dirlo. C'è bisogno di una presa di coscienza. È difficile, ma è necessario.

C – È quasi impossibile. nel nostro Paese gli avvocati lavorano per i malati che la prima cosa che pensano è come fare per guadagnare. È un circolo.

I – La cosa terribile è che quello qui diviene un modello. Il pericolo è cadere negli stessi problemi, ma in più qui non ci sono i mezzi.

C – Grazie padre.

I – Di niente.

INTERVISTA 8

Intervista a Celine, educatrice del centro di Zagnanado Maison des Enfants per bambini polihandicappati, volontaria francese dell'Associazione DCC (Delegation catholique pour la cooperation).

C – Salve Celine, come è iniziata la sua avventura di educatrice per bambini polihandicappati in Bénin?

I - Sono venuta qui in Bénin perché il padre di mio marito Étienne, anche lui qui per lo stesso mio scopo, è membro della DCC (Délégation Chrétienne Catholique) e aveva dei contatti qui in Bénin. Abbiamo beneficiato di questi contatti per offrire il nostro aiuto prima in un Centro femminile dove siamo stati per 7 mesi, anche lì c'erano dei bambini polihandicappati, ma tutti abbandonati. Quel che ho potuto apprendere dalla mia esperienza qui è che quando nasce un bambino handicappato in una tribù del Bénin è messo a morte o abbandonato, ma l'abbandono non lo decide la madre né il padre del bambino, bensì il capo della tribù. Certo questa è un'asserzione un po' generale, vi sono delle diversificazioni a seconda dell'etnia.

C- Quale etnia si rende maggiormente responsabile del crimine di infanticidio?

I - Questo non saprei dirlo. Prima di partire dalla Francia abbiamo però fatto un corso di preparazione in cui ci hanno spiegato le ragioni sottese alla paura che nelle tribù si ha dell'handicap. Per molti il bambino handicappato ha dei problemi con gli antenati, persone della famiglia che sono già morte. L'antenato si vendica sul bambino per una serie di motivazioni legate alle credenze locali, all'idea che ci sono molteplici vite che si incrociano. Il bambino viene messo ai margini perché è un suo problema, non della famiglia, se è handicappato. Se è nato in questo modo avrà avuto un problema con un antenato della famiglia. Ci sono poi i problemi legati alla *sorcellerie*: si crede che a causa di una gelosia nella famiglia o una questione qualsiasi che alcuni abbiano "inviato" ai genitori del bambino handicappato la cattiva sorte di avere un figlio malato. Spesso la mamma deve fuggire dal villaggio se vuole che il bambino resti in vita. Altre madri lasciano morire il proprio bambino malato sia perché hanno paura, sia perché il capo del villaggio ha deciso che il bambino deve morire. In alcune tribù c'è una persona che ha il ruolo di eliminare il bambino che porta cattiva sorte.

C- Dunque nella *Maison des Enfants* accogliete madri che sono scappate con i propri figli?

I – Sì, ma anche madri che volontariamente si sono allontanate dalla tribù per cercare una guarigione per i propri figli. Alcune hanno bambini di tre anni che non camminano e se ne domandano la ragione: vi sono casi, infatti, in cui non è visibile dai tratti somatici l'handicap del bambino e le madri vengono qui solo per avere la diagnosi della patologia dei figli. Qui apprendono la diagnosi di handicap. Se hanno un problema ad esempio agli arti inferiori che impedisce loro la deambulazione Suor Julia li opera, ma poi devono rimanere qui per almeno sei mesi per la riabilitazione e le madri restano con loro. L'idea alla base della creazione della *Maison des Enfants* è stata quella di demistificare l'handicap: è un modo per dire noi rispettiamo le vostre credenze, è possibile che tali bambini abbiano avuto dei problemi con i loro antenati e questa sia la causa della loro patologia, ma al momento questi bambini sono

qui e, nonostante i loro handicap, possono fare delle cose. Uno dei nostri compiti principali, infatti, è quello di spiegare alle madri che ognuno di quei bambini può migliorare [“il peut avancer”], può fare dei piccoli progressi, ma questo vuol dire dare loro una possibilità.

C- Se, invece, accade che questi bambini restino nelle comunità e il loro handicap si manifesta solo dopo i primi anni di vita cosa fanno i membri della famiglia, li abbandonano anche in età avanzata, li escludono dalla vita comunitaria relegandoli ai margini o li incatenano, se pericolosi o ad esempio epilettici, come accade per gli adulti psicotici (di cui la storia di Gregoire Ahongbhonon è esemplare riferimento)?

I – Il problema dell’incatenamento degli adulti è che possono allontanarsi e perdersi, possono fare danni, possono fare del male agli altri, ma un bambino può essere messo ai margini: non camminerà, non parlerà, ma non sarà mai un grosso problema per gli altri.

C- Quanto alle donne, prima ha detto di essere stata per 7 mesi in un Centro femminile: quali sono le ragioni per cui le donne vengono allontanate dalle comunità di appartenenza per essere accolte in centri preposti alla loro tutela? Secondo la sua esperienza le donne che non possono più avere figli, che hanno subito l’asportazione dell’utero sono considerate non più utili alla famiglia e, quindi, escluse?

I - Un po’ sicuramente, ma c’è la poligamia in Bénin. Per cui se una donna non può avere figli i mariti sposano un’altra.

C – Anche i cristiani?

I – Sì, se la propria moglie non può avere dei figli è motivo riconosciuto da tutti ed accettato per cercare un’altra donna. Una volta ho conosciuto un uomo poligamo che ci ha spiegato la propria visione della poligamia, egli diceva di essere poligamo “per forza di cose”: aveva avuto 3 figli dalla prima moglie, ma le cose non andavano più bene, così ha sposato una seconda donna con la quale le cose comunque non sono andate bene. La poligamia qui è un po’ come il divorzio e il matrimonio con un’altra donna in Europa perché il marito continua a versare “gli alimenti” alla prima moglie. Ci sono due tipi di poligamia: il primo se l’uomo non ama più la prima moglie, lascia la casa e va a vivere in un’altra casa con un’altra moglie e se anche questo matrimonio non va bene prendono un’altra moglie ancora, e il secondo se un uomo ha bisogno di molti figli ad esempio per lavorare i campi. Un giorno ho incontrato un signore che stava per sposare la sua tredicesima moglie, ma è molto raro, di solito sono 3 o 4 mogli. In Bénin la legge oramai vieta la poligamia, ma nella pratica in effetti è ancora molto frequente.

C – Se la legge non permette questi matrimoni multipli, sono illegali, dunque è tutta una questione di tradizione?

I- Sì, di norma il capo del villaggio che è di religione Vodun “celebra” questi matrimoni e fa firmare dei documenti che hanno un valore solo informale.

C- Ci sono altri casi di malattia per i quali i membri delle tribù vengono esclusi dalle comunità di appartenenza?

I- I bambini malati: crescere un bambino malato costa caro, ma qui non vi è disponibilità di denaro. Ho conosciuto una ragazza che aveva un'escrescenza che continuava a crescere, forse era un tumore, il padre non sapeva più cosa vendere per pagare gli accertamenti diagnostici. Alla fine ha dovuto abbandonare la scuola e trascorreva tutta la giornata a non fare nulla e ad aspettare la morte. Io e mio marito abbiamo provato in tutti i modi a convincere il padre a portare la figlia in Ospedale, magari suor Julia avrebbe potuto operarla, ma ormai avevano perso le speranze. Nella loro visione delle cose avevano già speso troppi soldi per lei.

C- Nel Centro Femminile che tipo di donne erano accolte?

I- Lì il grosso problema è quello della descolarizzazione delle giovani donne tra i 12 e i 25 anni che non sono mai andate a scuola o hanno frequentato solo qualche anno della primaria, ma non erano escluse. L'esclusione si verifica ad esempio in rapporto alla religione tradizionale Vodun: nelle famiglie più credenti quando nasce una neonata è obbligata ad andare al "convento Vodun", non ha scelta, ma quando crescono molte ragazze si rendono conto di voler andare a scuola, vivere la propria vita o magari farsi battezzare, dunque sono loro stesse che fuggono ed abbandonano la comunità. Tuttavia spesso sono ricercate dai parenti: l'anno scorso al Centro Femminile arrivò una ragazza, Madeline, la sua storia è terribile, quando arrivò ci disse che le era stato fatto un maleficio, come se avesse mangiato una pulce, come se le fosse stato messo un animale nel ventre. Spesso aveva delle crisi, era come posseduta, era impressionante e più il tempo passava più le crisi aumentavano. Così ha dovuto fare rientro al suo villaggio perché soffriva troppo e non poteva continuare a vivere così. È stato molto difficile per noi comprendere perché non c'erano motivazioni di salute oggettive che giustificassero quello stato convulso. Per noi non è razionale, infondo pensiamo sempre che non possa essere vero quello che credono e che vi sia qualche motivazione logica che semplicemente non conosciamo. Ma ad oggi dopo anni che sono ormai qui in Bénin, dalle cose che mi sono state raccontate e da quelle che ho visto posso dire che c'è qualche cosa, una forza, non so che cosa, ma m ha colpito molto vedere questa ragazza che si dimenava per terra per il troppo dolore, come se avesse avuto dei tagli, dei morsi nel ventre e, dopo che le altre ragazze le gettarono acqua benedetta addosso, la crisi passò. Questa è una forma di esclusione dalla famiglia, come l'handicap, la malformazione...

C- Abbiamo detto che alla *Maison des Enfants* vengono accolte assieme ai propri bambini malati anche le madri, ma poi a chi affidano gli altri figli che restano al villaggio?

I – In verità spesso portano con sé, come in Ospedale, anche alla *Maison des Enfants* anche gli altri fratelli che non vanno ancora a scuola.

C- Ma queste donne nei fatti riescono a tornare a casa e a riportare i propri figli a casa? Riescono ad essere reintegrate nelle loro comunità, attesi dei miglioramenti dei bambini ammalati?

I- Questo è il nostro scopo principale. In effetti se per un periodo vogliono tornare a casa possono farlo, ma tendenzialmente non hanno denaro e dunque restano qui. Ad esempio c'è una mamma che è ormai da un anno all'Ospedale Gbemontin, ma suo marito non è mai venuto a trovarla.

C – Dunque vivrà qui per sempre?

I- No, ma per tutto il tempo necessario al recupero di suo figlio. L'idea alla base della *Maison des Enfants* è di favorire il reintegro dei bambini nelle comunità almeno a partire dal momento in cui è visibile qualche miglioramento a livello della *motricità*, ovvero un minimo di autonomia nei movimenti, così al momento del ritorno al villaggio la loro vita sarà più semplice. Poi noi stessi ci recheremo periodicamente nei villaggi ed attenderemo le madri e i bambini qui alla *Maison*, anche solo per accertarci delle condizioni di vita e di salute del bambino e rassicurare le madri che siamo qui per ogni problema o dubbio.

INTERVISTA 9

Intervista a Suor Lola Villazan, responsabile delle attività sociali di Zagnanado

Si inizia a discutere della condizione della donna.

C- Suor Lola io so che lei collabora e ha contribuito ad aprire molti centri per dare una nuova opportunità alle donne che sono state escluse dalle loro comunità perché incapaci di dare figli ai loro mariti o accusate di essere portatrici di sventura, può descrivermi meglio i motivi della loro esclusione?

I- Molte ragazze che vengono accolte nei centri non sono mai andate a scuola, anche se dicono di esservi andate fino a un certo punto. Non sanno leggere, né scrivere e non sono in grado di svolgere alcun mestiere: ciò che io faccio con loro è anzitutto alfabetizzarle; spiegare loro che hanno dei diritti. Ad esempio nella costituzione beninese da quando c'è la democrazia c'è un articolo nel quale si esplicita che al momento del matrimonio la donna ha il diritto di dire che non ha intenzione di accettare la poligamia, dunque che il marito non potrà prendere altre donne in moglie. La donna può esigere di essere unica. Alcune lo fanno, altre hanno paura del marito, temono di essere percosse. Io parlo anche loro di faccende economiche: loro hanno bisogno di questo o quello per i loro figli e per loro stesse e devono esigerlo dai loro mariti. La violenza è un elemento davvero pressante. Ci sono delle donne che l'accettano, altre no: se lo dicono a me le porto alla gendarmeria a denunciarli o lo faccio io stessa; il marito viene chiamato e se si può si procede con la riconciliazione. Per i bambini tutta la responsabilità è sulla madre, anche se il marito dal punto di vista economico deve mantenere la famiglia, la donna deve fare di tutto per guadagnare qualche moneta perché i mariti non danno loro abbastanza. È un problema. Ci sono alcune donne che riescono a guadagnare qualcosa, ma altre hanno dei bambini gravemente malnutriti. Io dico loro "tuo figlio è malnutrito", ma loro mi rispondono sempre "lui mangia" e io dico "ma cosa mangia", mi dicono "tutto", ma non è vero, al massimo gli riescono a dare dell'acqua con un po' di farina e se muore ...muore [*si il part ...il part*].

C- Accettano con naturalezza la morte dei bambini?

I-Senza dubbio con dolore, ma ne hanno altri e ne fanno altri ancora. È una cosa molto difficile da capire: ci sono delle donne che sono davvero sensibili, altre non lo mostrano o sono abituate alla morte dei bambini.

C- Per loro è un prestigio avere molti figli?

I- Sì, assolutamente.

C-A proposito della salute la donna decide per le sue stesse cure o il marito o la famiglia decidono per lei? E per le cure dei figli? Le donne decidono se sottoporli ad un'operazione o se rivolgersi ad un guaritore tradizionale o lo decidono i padri?

I-Teoricamente per i figli è la donna che decide, ma spesso la donna non ha soldi quindi è il padre che deve darglieli e se il padre non li ha o non vuole darglieli il bambino non può essere curato. Spesso accade che io dica loro "Porta tuo figlio al dispensario, ha un'anemia molto

grave” e loro mi rispondono “domani lo farò!”, e io ribatto “Perché non oggi?”, loro mi rispondono “Perché mio marito non c’è, devo chiedergli il permesso!”, ed io “ma se tuo figlio muore?”. A quel punto non rispondono più ed io faccio quello che posso, le porto al dispensario e le aiuto come posso.

C- Ma se le donne hanno il denaro si occupano da sole della cura dei figli o hanno comunque bisogno dei mariti?

I-Ne hanno bisogno. Si rivolgono ai mariti sia per il denaro che per il permesso. Spesso dicono “mio marito ha detto che”... “devo aspettare che mio marito torni a casa...”. Qui a Zagnando si paga il consulto medico davvero poco, l’ospedalizzazione costa di più, ma noi qui chiediamo un prezzo ridicolo, giusto simbolico, 100 franchi CFA per 10, 20 giorni, un mese, due... li teniamo per tutto il tempo necessario alla guarigione. Pagano una piccola cifra solo per comprarsi del cibo, spesso non hanno neanche quello, ed è vero, qui, soprattutto nei piccoli villaggi c’è ancora una enorme miseria.

C- Qual è il vero problema delle donne che Lei riscontra?

I-È già difficile che vadano a scuola, ma se ci vanno e sono particolarmente brave a 11/12 anni vanno alla classe sesta o al collegio e qui incontrano i ragazzi della stessa età o qualche anno in più e ... restano incinte. Di chi? Io chiedo alle madri delle ragazze “chi è il padre?”, ma loro non lo sanno, le bambine spesso non glielo dicono, molto spesso è il professore. Se è il professore ci vado direttamente io a parlare, ma è certo troppo tardi; quello che posso fare è pretendere che lui dia del denaro alla ragazza o alla madre per crescere questo bambino. E deve assicurarmi che lo farà, altrimenti lo denuncio. Altre volte sono altri ragazzi della scuola, anche più piccoli. Quello che io chiedo alle madri è di partecipare di più alla vita delle figlie, di seguirle, di chiedere loro come è andata a scuola, cosa hanno fatto, se hanno conosciuto qualcuno, così da intervenire per tempo. Io chiedo loro se interagiscono con le figlie e loro mi rispondono “sì, certo, le chiedo tutti i giorni ‘come va?’ [*ça va?*] e mi rispondono ‘va bene’ [*ça va!*]”. Le stesse madri mi dicono che mai i loro genitori a loro volta avevano mai chiesto loro dettagli sulla propria vita: una volta tornate da scuola anche loro salutavano e andavano a preparare il pranzo, a prendere l’acqua e un giorno i genitori hanno presentato loro quello che sarebbe stato il marito e la risposta era sempre “va bene” [*oui, d’accord*]. Io invito invece proprio le madri a prendere parte alla vita delle figlie, a metterle in guardia dai ragazzi.

C- Se una donna giovane, che è ancora a scuola viene messa incinta deve lasciare la scuola?

I- Sì, interrompe gli studi e fa la madre.

C-E se suo figlio nasce malato?

I-Qui se un bambino nasce malato la prima cosa che fanno è rivolgersi al guaritore che lo cura con piante ed erbe. La sua cura costa molto di meno. Se riesce a curarlo, bene, altrimenti se il bambino muore...muore... Rispetto alla *sorcellerie* qui in verità si parla poco di *enfants sorciers*, ma al nord è una credenza ancora molto viva. Il problema sorge soprattutto per i bambini con handicap (trisomia), li si abbandona nel fiume, perché si crede che siano “figli

dell'acqua" (*tohossu*), non della terra. Le madri accettano tutto ciò perché sono convinte anche loro che il figlio è *sorcier*.

C-Alcuni bambini vengono considerati *enfants fetish* anche se non manifestano malformazioni o handicap. Come mai?

I-È impossibile dirlo, non dicono mai le motivazioni tradizionali che sottendono le loro pratiche più crudeli. Una volta una ragazza di 23 anni partorì una bambina con grosse malformazioni agli arti, il padre voleva annegarla, ma dopo che io parlai con la madre lei disse al marito "non posso annegarla, perché altrimenti suor Lola annegherà me... in più sono battezzata, non posso uccidere una persona", così la convinsi a portare la figlia all'ospedale, la portammo da suor Julia che lavorò molto per indirizzare quegli arti malformati e avemmo non pochi miglioramenti. Quando le altre donne del villaggio la videro si meravigliarono molto e dissero alla piccola "ah, allora non sei *tohossu*"!

C- Ma se una madre si rifiuta di uccidere suo figlio malformato, considerato *tohossu* dalla comunità, lei e suo figlio verranno esclusi dalla comunità?

I-Sì, un po' sì. Una madre ebbe così tante difficoltà che le altre donne si rifiutavano anche di guardarla; io stessa le dissi di lasciare le comunità e di stare per un po' di tempo al Dispensario. Lei mi disse che non poteva perché il bambino non aveva nulla per cui essere curato. Le altre donne mi spiegarono che una mantide religiosa si era posata sul suo ventre durante la gravidanza, quindi quel bambino sarebbe dovuto morire. Ovviamente non potevo accettarlo, ho minacciato di denunciare la madre e l'ho portata qui a Zagnanado con me: ora quel bambino va a scuola.

C- Quindi l'esclusione è legata in qualche modo alle prescrizioni della religione Vodun?

I-Sì. Ci sono anche delle sette, ma tendenzialmente qui la religione Vodun è molto diffusa.

C-E i guaritori? Sono anch'essi praticanti della religione Vodun?

I-Dipende: se curano solo con erbe e piante, va bene, il problema inizia quando vogliono fare dei sacrifici affinché il fetish protegga il malato o il bambino neonato etc. Rispetto alle donne spesso le donne incinte portano al collo una croce se sono cristiane e poi un flacone della penicillina piena di simboli vari fetish e altre cose che dovrebbero essere forme di protezione (terra rossa, piume): sono *gris gris* che per loro le proteggono, anche se sono cristiane e vanno a messa. E lo fanno anche i giovani, non solo gli anziani, quasi tutti hanno una forma di protezione, anche qualche prete beninese la porta. Noi lavoriamo, parliamo, cerchiamo di sensibilizzare: ci sono donne che ascoltano. Io cerco di istruirle soprattutto sull'alimentazione, qui ci sono moltissimi divieti alimentari per le donne gravide, per i bambini, per i malati, che impediscono di mangiare cose di cui, invece hanno estremo bisogno proprio perché malati o perché piccoli e già malnutriti. *[La suora si allontana e va a prendere del materiale cartaceo]*. Le donne di solito non sanno leggere né scrivere quindi io mostro loro queste *[carte con illustrazioni di cibi]*: cipolla, pomodoro, avocado, ananas e insegno loro a preparare dei pasti più nutrienti per i loro figli, dico "Preparami il pranzo di tuo figlio" e

prendono una carta, un'altra, un'altra ancora... con i disegni imparano a fare un menù diversificato tra la mattina, il pranzo e la cena.

C- La seguono?

I- Sì spesso. Il vero problema della malnutrizione è la mancanza di proteine, ma loro al di là del fatto che ne hanno poche, non sanno che lì ci sarebbe il rimedio per guarire i bambini più gravi: vanno istruite su questo. Con il metodo dei disegni imparano le vitamine, le proteine: ciò di cui hanno davvero bisogno. Sono loro ormai che se vedono i loro bambini troppo deboli vengono a chiedermi consiglio su cosa dare loro da mangiare. Io parlo spesso loro delle cattive abitudini alimentari, sono molto difficili da superare i divieti alimentari [*les interdits*] che la tradizione impone loro, ma bisogna provarci. Il problema è che anche le persone “evolute” rispettano questi divieti.

C- Per motivi religiosi?

I-Sì, alcuni pensano che gli animali, che sarebbero fonte proteica importantissima, siano una forma di totem per la famiglia, che non è possibile mangiare. Io insisto e dico di mangiare altro, di mangiare capre o galline se ne hanno e se non ne hanno di procurarsene. Questo lo pensano anche gli adulti e le persone evolute, anche coloro che vanno a scuola, ad esempio le ragazze al mio dire che devono variare i loro pasti ridono e mi rispondono “sorella ma mia madre mi ha detto che se mangio questa cosa mi capiterà questo, questo e quest'altro”, ad esempio “diventerò sterile” ed io dico loro di non crederle, dico di rispettare sempre le loro madri, ma che rispetto a questo non hanno ragione. Non è facile che mi ascoltino, ma io continuo, penso che potrebbero comprendere di più le nuove generazioni, i cui bambini sono andati quasi tutti a scuola, sono più abituati a discutere, a riflettere, a porre delle questioni, con le madri è più difficile.

C-Ha parlato del loro timore di diventare sterili: le donne che non possono avere figli sia perché sterili o perché a causa di un tumore i medici sono stati costretti ad isterectomizzarle, loro vengono escluse dalle comunità?

I- Sì sono un po' escluse. Salvo se la donna ha un temperamento forte: in quel caso la rispettano, altrimenti la donna non è considerata degna di vivere con gli altri. È un'umiliazione troppo forte per la donna non poter avere figli.

C- Cosa si intende qui per esclusione: una persona esclusa è allontanata dalla tribù?

I-No, non necessariamente. Accade che viva a casa sua, ma resta a casa, esce poco, non si relaziona con gli altri. Ma ci sono casi anche diversi: ci sono dei casi in cui le donne sono completamente escluse perché ad esempio lo ha stabilito il *feticheur* per qualche motivo e vengono da noi al centro, chiedono di richiamare la benedizione di Dio su di loro, fanno delle danze e poi se ne vanno, ma restano isolate.

C- Le donne qui la ascoltano molto, secondo lei è possibile fare in modo che le tradizioni più violente vengano eradicare?

I- È molto difficile, le donne ascoltano e condividono anche quello che dico, ma quando poi si tratta di loro o dei loro figli è molto difficile che non rispettino una tradizione.

C- Qui però è stata costruita la *Maison des Enfants* proprio per superare gradualmente la tradizione dell'infanticidio dei *tohossu*, quindi la speranza che si riescano a modificare le tradizioni c'è?

I- Si progressivamente l'istruzione e la sensibilizzazione aiuteranno a modificare le tradizioni, ma ancora molte donne al tuo dire "dov'è il tuo bambino malato?" ti rispondono "è partito/è morto" [*il est parti*].

C- Le pongo un'altra questione riguardate le donne. Conosco la storia di Grégoire Ahongbonon che slega i malati mentali dagli alberi, ma la stessa tradizione riguarda anche le donne: vengono legate anche loro?

I- Sì, sì. La differenza è che se si ammala una donna c'entra la *sorcellerie*, se è un uomo si pensa che sia stato il *fetish* a prenderlo, ma lui non sarà accusato di essere *sorcier*. La *sorcellerie* è legata alla donna.

C- Ma in una comunità se una donna ed un uomo si ammalano saranno curati allo stesso modo o ci sono delle differenze di trattamento.

I- No, è lo stesso.

C- E per gli anziani?

I- Loro stanno per morire, non si investe molto sulla loro cura.

C- Non c'è quindi qui la percezione della saggezza degli anziani?

I- No, ho visto morire degli anziani perché nessuno dava loro da mangiare. Conobbi una donna che mi dissero fosse cieca, la guardai e mi accorsi che era solo cataratta. Dissi che doveva essere operata. Mi dissero di no, allora chiesi se era per il denaro, avrei provveduto io, ma mi risposero: "No, è una strega, se ritornerà a vedere ci mangerà tutti". Io mi assunsi la responsabilità dell'operazione e tornò a vedere.

C- La famiglia le diede il consenso?

I- Sì, me ne assunsi io la responsabilità. Ricominciò a vedere ed ovviamente non mangiò nessuno. Dissi ai figli: "vostra madre è solo anziana, ma non è *sorciere*, non vi mangerà". Tuttavia temevo che non le dessero da mangiare. In verità il marito è fedele alla moglie quindi si prendeva cura di lei. Nel senso che sa di essere tenuto a portarle regolarmente qualcosa da mangiare, ma era molto anziano anche lui e a sua volta era poco considerato. Partii per qualche mese in congedo in Spagna ed ero molto in apprensione per quell'anziana donna, infatti sapendomi lontana smisero di portarle da mangiare. Prima di partire, però, mi ero accordata con un'altra donna, affinché si occupasse un po' di lei, la quale al mio rientro mi disse che non l'avevano lasciata entrare a casa loro.

C- Quando una persona è considerata anziana per la mentalità locale?

I-Mah, è difficile da definire un'età precisa: quando non ha più la forza per aiutare il gruppo è considerata "vecchia" e... non ha più il diritto di mangiare? Comunque quella coppia è morta: prima la donna e poi il marito, nessuno si era più occupato di loro. Questo in verità è molto frequente: le persone molto anziane sono abbandonate. Questa storia della vecchiaia in Africa, non so perché, ma è assolutamente diffusa.

C-C'è una differenza tra uomini e donne rispetto a tale abbandono degli anziani?

I-No, dipende, comunque di solito non si consente ad una donna troppo anziana di preparare il pasto per il gruppo perché può essere *sorciere*.

C- È possibile che per loro l'età anziana sia percepita come cosa non normale, straordinaria, perché sono abituati, per le malattie o per la povertà, a una mortalità molto precoce?

I- Sì, assolutamente: è per loro arrivato il momento di *partir*. In alcuni casi sono abbandonati completamente, in altri casi se ne occupano poco. Una volta portai la comunione in un villaggio ad un'anziana donna e mi accorsi che aveva fame perché avevo comprato del pane per portarlo a casa e lei lo guardava, così le chiesi se ne voleva un po', mi disse di sì e lo mangiò rapidamente, le chiesi se ne voleva altro, lo prese e lo nascose. Aveva fame, ma sapeva che non sarebbe stata nutrita dai suoi familiari. Ogni volta che vado le porto del pane e dei biscotti e li nasconde sempre, perché lei sa che come tutti i vecchi è il suo momento di *partir*. Li si lascia *partir*. Con naturalezza, mi dicono ad esempio "mia nonna/mia madre è morta", li guardo dispiaciuta e mi rispondono "sì, ma era vecchia".

C-Lei pensa che questo è in qualche modo legato alla percezione della morte che qui è molto diversa rispetto all'Occidente? Qui ho assistito a funerali festosi, di persone felici che i propri cari appena defunti fossero divenuti adesso antenati sacri per il villaggio. Mi hanno infatti spiegato che se muore un giovane sono tristi, ma se muore un anziano non hanno motivo di esserlo, anzi gioiscono perché da quel momento in poi potrà proteggere la famiglia: forse auspicano per i propri anziani proprio questo?

I- Un po' sì. Qui se muore un bambino piccolo, lo accettano; il giovane non ha il diritto di morire: non fanno alcuna festa, lo interrano fanno un funerale e basta. Ma se è un anziano che muore si fa una grande festa, si consultano gli oracoli Vodun, anche se la tribù è cristiana, e quando il Vodun dice che la persona può essere interrata la si sotterra nel proprio villaggio con mais, acqua, cibi e anche vestiti perché potrebbe fare freddo durante il suo "viaggio". La musica serve proprio per accompagnare i defunti durante il viaggio così se hanno paura non si sentiranno soli.

C- Mi sembra che la mentalità africana sia molto determinista: accettano con grande naturalezza quello che loro accade non collaborando troppo affinché qualcosa muti. Sembra che si affidano ad un destino che è capitato loro in sorte, ad un volere degli dei o degli antenati per loro sostanzialmente imm modificabile dunque da accogliere passivamente così come viene, il che si riflette sia rispetto all'accettazione della morte che della malattia. Mi sbaglio? È rassegnazione la loro? Rispetto alla cura ad esempio sembra che loro alternativamente si rivolgano, senza un criterio troppo chiaro (quello economico non sempre regge), ad un guaritore o a un medico moderno senza sapere bene cosa hanno né cosa verrà

somministrato loro e lo accettano ugualmente con grande gratitudine, qualsiasi cosa si faccia per prendersi cura di loro. Non vogliono sapere perché non possono capire o perché a loro non importa tanto il mezzo quanto la finalità, cioè la guarigione? Mi spiego meglio: sia che si rivolgano a guaritori che a medici moderni per loro non c'è grande differenza, vero?

I- Sì, più o meno è lo stesso. Molto spesso si rivolgono prima ad un guaritore, ma se lui non riesce a guarirli o si dichiara incapace vanno all'ospedale e se muoiono per loro è Dio che ha voluto.

C- Non domandano al medico: “cos'ho?”, “cosa mi fate?”

I-Quasi mai. È un'accettazione cosciente.

C- Dunque si può dire che il medico è equiparabile ad un guaritore con conoscenze diverse nella loro percezione?

I- Sì, tendenzialmente si sa che conosce più cose, dispone di più farmaci, che hanno un effetto migliore di quelli tradizionali.

C- Il problema è che è più caro?

I- Sì. Ma anche in quel caso se la persona muore ... è Dio che ha voluto.

C- Ma quale Dio? Il Dio dei cristiani o il dio della religione Vodun?

I-Mah, tendenzialmente quello cristiano. Anche se noi intendiamo un po' diversamente il ruolo di Dio rispetto alla morte: non è lui che *vuole* la nostra morte. Noi sappiamo che la malattia uccide le persone, non Dio. Noi sappiamo che Dio è con coloro che soffrono, li accompagna, li sostiene, ma non vuole la morte di alcuno. Alcuni mesi fa sono tornata in Spagna perché mia sorella stava male ed è morta, al mio rientro alcune donne mi hanno fatto le condoglianze e mi hanno detto “Dio ha voluto così!”, infervorata ho risposto loro che Dio non ha certo voluto la morte di mia sorella e, loro, interdetto mi hanno domandato “Chi l'ha uccisa allora?”, come è evidente ho risposto che era stata la malattia, che non abbiamo potuto fermare, non certo Dio. Qui vige un cristianesimo particolare, mentre pregano portano amuleti al collo, consultano *feticheurs*, fanno sacrifici per i vivi e per i defunti: per loro “bisogna farlo” [*Il faut le faire*]. Incontrai un uomo che conoscevo che tornava dalla casa del *feticheur* e gli chiesi “tuo padre è morto da tre anni perché continui ad andarci?”, mi rispose che il *feticheur* doveva comunicargli se il padre era soddisfatto della cerimonia funebre che gli era stata fatta, altrimenti bisognava compensare la mancanza con una serie di sacrifici...”il faut le faire”, altrimenti sulla famiglia avrebbe potuto riversarsi una maledizione.

C- Una maledizione è ad esempio la nascita di un bambino malformato?

I- Sì. Le feste si fanno affinché il defunto sia contento e non ritorni più.

C-Dunque non c'è qui considerazione degli anziani, ma dei defunti?

I-Sì, quella dei defunti è una questione molto complicata per la tradizione culturale.

[L'intervista si conclude con ringraziamenti e una visita ad una scuola per orfani e ad un Centro di lavoro per donne costruiti e gestiti dall'azione infaticabile della suora]

INTERVISTA 10

Intervista a padre Bernard Moëglé e a padre Christian Stenou, responsabili del lebbrosario di Davougon

[L'intervista non è registrata perché è stata effettuata durante tutto il giorno di permanenza al lebbrosario]

A descrivere il Centro di Davougon e le sue attività è inizialmente padre Christian, il quale chiarisce che il Centro ospita 600 persone di cui 260 malati di vario tipo e 60 donne che si recano quotidianamente al centro femminile, ma risiedono nelle proprie comunità.

Padre Christian spiega che prima la condizione del lebbroso era considerata definitiva ed incurabile, pertanto il malato era condannato a morire nei lebbrosari. Ad oggi la situazione è cambiata e lo specifico proponimento del centro è di reintegrare i malati nelle famiglie, tant'è che si cerca di ospedalizzarli per minor tempo possibile e farli ritornare in casa quanto prima. Del resto la lebbra è molto meno contagiosa di quello che si pensa: solo il 5% della popolazione è predisposto ad esserne affetto e si può contagiare solo dopo molti incontri con il malato. Il vero problema è che è diagnosticata spesso troppo tardi perché ha tempi di incubazione lunghissimi (sino a 20 anni) e coloro che ne sono affetti preferiscono nascondersela per non esporsi allo stigma o rivolgersi ai guaritori tradizionali, tardando così l'efficacia terapeutica. Certo è che la lebbra è meno diffusa di quel che si creda: è difatti molto più alta la percentuale di morti di malaria. E si può curare, infatti, dopo anche un solo trattamento la malattia perde la sua epidemicità. Tuttavia la paura della lebbra è un dato di fatto anche se, appunto, è più un mito che la verità: prima ci si riferiva ad essa parlando di "la maladie", ora si tende sempre più a creare delle psicosi, come nel caso dell'ebola che, in effetti, è sempre esistita.

Padre Christian spiega, poi, che a Davougon sono ospedalizzati molti bambini che sono abbandonati dalle loro famiglie anche solo per piccole malformazioni o in caso di epilessia. Viene riferito l'esempio di una bambina paralitica ed un ragazzino al quale sono stati amputati entrambi gli arti inferiori che sono accolti qui a vita. Il padre spiega che una delle cause della malformazione dei bambini è il parto delle donne, non controllato e certamente anche la loro nutrizione durante il periodo di gestazione.

L'intervista si rivolge poi a padre Bernard il quale si occupa prevalentemente della parte del centro in cui si cura l'HIV e la tubercolosi. Come per la lebbra anche la cura dell'HIV è gratuita. Tuttavia anche in questo caso molto forte è lo stigma: un malato di HIV è mal visto dalla comunità, ma se intraprende un iter di cura in centri come Davougon, è più accettato anche se non pienamente guarito. Molto significativo è che le donne soffrono di una forma pregiudiziale più aggravata, difatti, se viene loro diagnosticato l'HIV viene respinta risolutamente dal gruppo giacché accusata di aver avuto rapporti sessuali non autorizzati dalla famiglia.

Padre Bernard spiega che non è facile rapportarsi con i malati in stadio avanzato: anche se il veto è solo teorico, proibisce l'ospedalizzazione di pazienti in stadio terminale, dal momento che il rischio è che se i malati muoiono a Davougon si pone il problema di andare a cercare la famiglia dello stesso perché un'anima non onorata con il rito funebre, secondo la credenza locale, non ha speranza di riscatto né in questa vita né dopo.

A Davougon vengono accolti malati di ogni tipo, anche i malati mentali, ma come per i lebbrosi e i sieropositivi anche i malati mentali non vengono mai ammessi da soli: c'è bisogno di un familiare che li accompagni e se ne prenda cura affinché vi sia un controllo costante e, soprattutto, resti vivo il contatto con la famiglia, altrimenti verrebbero abbandonati qui dai parenti. In caso di assenza o rifiuto risoluto da parte delle famiglie qui vige la prassi secondo la quale un malato mentale meno grave viene fatto affiancare ad uno più grave sicché i due si controllino reciprocamente e si instauri tra di loro un contatto interumano forte che contribuirà al recupero della loro salute mentale.

A Davougon c'è poi il dispensario di medicinali e un Centro di formazione delle donne dove si insegna loro un mestiere e si pongono le basi per un'alfabetizzazione. Qui le donne vengono accolte anche nel caso in cui sono escluse dalle famiglie o scappano via se corrono il rischio di matrimonio precoce.

INTERVISTA 11

Intervista a Béatrice Ahannougbe, Direttrice del Centro di Grégoire Ahongbonon: Communauté Saint Camille de Lellis di Avrankou

L'intervista è rivolta inizialmente a Suor Florence che lascia presto la parola alla direttrice del Centro

C- Buongiorno Suor Florence, da quanto tempo lavora in questo centro per malati mentali di Avrankou?

I- Da circa sette anni e mezzo.

C- Ha sempre lavorato qui o ha avuto esperienza di altri centri di Grégoire?

I- Sono stata anche a Bohicon.

C – Come ha conosciuto Grégoire?

I – Avevo un'amica che lavorava qui prima; lei mi ha parlato di lui e lo abbiamo telefonato insieme: è un ricordo indimenticabile.

C – Lei che ha esperienza diretta della malattia mentale può descrivermi come viene considerata e trattata presso le tribù beninesi, in particolare presso quelle in cui la tradizione è più radicata? Perché le persone vengono legate agli alberi, in catene?

La suora lascia rispondere Beatrice (I2)- Direttrice del centro ed ex malata mentale

I2- In Bénin i malati mentali sono considerati come posseduti. Ma alla Saint Camille l'approccio ai malati è ben diverso. La malattia mentale in Bénin è considerata come la *sorcellerie*; i parenti del malato mentale attraversano un iter molto lungo di "diagnosi": si recano prima dal guaritore tradizionale per farlo guarire, ma allorché capiscono che non vi riesce lo portano qui alla Saint Camille.

C- Cosa fa un guaritore tradizionale per curare un malato mentale: dichiara la sua impotenza o prova con dei medicamenti tradizionali o riti di esorcismo particolari?

I2 – Prepara delle tisane con delle foglie, ma le foglie non guariscono la malattia mentale.

C- C'è qualcuno che li batte?

I2 – Sì, alcuni guaritori che battono i malati mentali, li feriscono per far uscire dal loro corpo lo spirito maligno.

C- Ma i parenti del malato pagano le cure di questi guaritori?

I2 – Sì.

C- Lo Stato non prevede sostegni per le famiglie dei malati?

I2– No, lo Stato non sostiene le famiglie né i malati.

C- Non ci sono dei centri per il trattamento della malattia mentale statali o sovvenzionati dallo Stato?

I2- C'è un centro: il Jacquot.

C – Cosa ne pensa del trattamento dei malati mentali presso quel centro pubblico?

I2- Non ci sono mai stata, non saprei.

C- Il timore della malattia mentale e la prassi di legare chi ne è affetto agli alberi è tipica di tutte le tribù beninesi o vi è un'etnia in particolare che li teme e utilizza questa prassi?

I2- Tutti hanno paura dei malati mentali.

C- Non ci sono differenze tra le tribù?

I2- No.

C- C'è una differenza di trattamento rispetto alla gravità della malattia mentale: l'individuo affetto da psicosi severa o epilessia è trattato allo stesso modo di un dislessico? Sono tutti legati agli alberi o qualcuno resta nella tribù? Mi spiego meglio: la tradizione prevede la contenzione anche se il malato non è molto grave o pericoloso?

I2- Quando si manifesta la malattia, la prima cosa che i parenti fanno è condurre i malati mentali dai guaritori tradizionali; se quest'ultimo dichiara di non poter fare nulla per il malato è proprio lui che indica la Saint Camille.

C- Ma se le famiglie conducono direttamente qui i malati non vi sono qui ad Avrankou malati che in passato sono stati legati agli alberi?

I2- Sì, certo.

C- In che percentuale i malati che sono presenti qui in passato sono stati legati agli alberi? La maggior parte?

I2 – No, come ho detto molte famiglie conoscono il centro e portano direttamente i malati qui. Tra gli ex malati che sono stati nella loro vita legati agli alberi abbiamo ad esempio Léonie, ma adesso non è qui [*l'intervista è stata effettuata nella casa di Suor Florence*], è andata a fare lavori di cucito al Centro di Reinsertion.

C- Ah, bene, quindi si è stabilizzata?

I2- È stata recuperata completamente.

C- C'è un legame tra la malattia mentale e la religione Vodun? La credenza che vede il malato mentale come posseduto da spiriti o demoni afferisce alla religione Vodun o fa parte della cultura beninese tradizionale?

I2: Dipende dalla credenza di ciascuna famiglia. Ci sono delle famiglie che credono che è il Vodun della loro famiglia che agisce sul malato.

C: Anche i bambini e le donne sono legati agli alberi, allo stesso modo degli uomini?

I2: Anche i bambini sono legati in alcuni casi e sì, anche le donne.

C: Chi li lega?

I2: I familiari [*les parents*] o i guaritori tradizionali.

C: I guaritori prendono del denaro per legarli?

I2: Sì, ne prendono.

C: Per il guaritore, quando lega ad un albero il malato mentale e lo batte, vede una possibilità di guarirlo?

I2: Il guaritore crede fermamente nelle sue pratiche, ma è chiaro che sono inefficaci.

C: Chi si occupa dei malati mentali che sono legati agli alberi?

I2: I familiari gli portano da mangiare, ma i malati vivono in condizioni inumane dal momento che fanno anche i propri bisogni allo stesso posto e sono costretti a convivere con i propri escrementi.

C- Come la vittima vive la pratica di essere legata agli alberi e vivere in quella condizione per sempre? Con accettazione, perché si tratta di una decisione presa dal capo della tribù o dalla famiglia e che quindi deve essere rispettata, oppure vi sono persone che si ribellano? Inoltre, nei malati c'è la speranza di guarire?

I2- I malati non accettano di essere legati.

C –E la madre del malato accetta che il figlio venga legato perché anch'ella crede che è posseduto da un demone oppure si ribella?

I2- Sì anche la madre crede che il figlio è posseduto.

C- Lo Stato non fa nulla per impedire la pratica di legare i malati mentali agli alberi?

I2- No.

C- Qual è la percezione della figura di Grégoire Ahongbonon in Bénin? Come un salvatore? Tutti lo amano? Nessuno intende il suo operato con sospetto? Anche i guaritori lo amano?

I2- No, i guaritori no, ma ogni persona che sente la storia di Grégoire ne resta meravigliata e vuole conoscere lui e la Saint Camille.

C- Come Grégoire viene a conoscenza che vi sono malati mentali legati agli alberi? Qualcuno lo avverte?

I2- Sì lo avvertono che c'è un tale malato incatenato da qualche parte ... in quel villaggio ... in quel posto specifico ... e lui va a liberarlo.

C- Chi lo avvisa?

I2- Le persone che lo conoscono e che sanno che lui si occupa proprio di questo.

C- Cosa Grégoire dice al capo tribù per poter prendere con sé il malato?

I2- Dipende, non è sempre semplice per Grégoire liberare i malati mentali: se i parenti accettano e se accettano di rivolgersi al guaritore tradizionale per *negoziare* con lui la possibilità di affidare il malato a Grégoire, allora lui potrà sperare di prenderlo con sé, ma se è lo stesso Grégoire che va a chiederlo, non sarà possibile, il guaritore non accetterà.

C- È quindi il guaritore che decide?

I2- No, sono i familiari che decidono. Ma i guaritori non accettano di buon grado che Grégoire liberi dalle catene i malati.

C- Dunque cosa accade?

I2- Il guaritore dice che Grégoire, con il suo liberare il malato, interrompe e frena l'azione di guarigione da lui intrapresa.

C- Dunque è importante che i parenti si convincano e vadano a negoziare con il guaritore prima che Grégoire liberi il malato? Per chiarire: Grégoire parla con la famiglia, la famiglia con il guaritore ed è lui, in ultima istanza, che deve dare il suo consenso alla liberazione?

I2- Esatto. Anche se in molti casi sono gli stessi familiari che vanno a cercare Grégoire. Quando lui arriva al villaggio domanda dov'è il malato e i familiari gli spiegano che il malato è presso il guaritore, incatenato. Grégoire va dal guaritore per liberare il malato. Se è possibile Grégoire parla con il guaritore e gli spiega che vorrebbe prenderlo con sé. Non è certo facile. Grégoire vede malati in condizioni abominevoli e vorrebbe liberarli tutti, ma in alcuni casi accade che i guaritori si rifiutano di accordargli il *consenso*, il che obbliga Grégoire a lasciar perdere.

C- Grégoire non si ostina finché non liberano il malato?

I2 – Ci sono dei casi in cui non c'è niente da fare, ad esempio quando sia i familiari sia il guaritore rifiutano categoricamente.

C- E come il malato considera l'azione di Grégoire: come una liberazione o non ne comprende in quel momento il valore?

I2- I malati amano moltissimo Grégoire, proprio perché è colui che li ha liberati.

C- Quando un malato viene qui cosa fa in questi Centri? Io ho letto che può essere recuperato, iniziare a lavorare: mi spiega quali sono le fasi dell'iter di cura qui proposto? Infine il malato ha qualche possibilità di essere reintegrato nella sua comunità di appartenenza?

I2- Come nel caso di Léonie di cui vi parlavo prima, i malati vengono recuperati e viene dato loro un lavoro: lei adesso è una sarta.

C – Che malattia è stata diagnosticata a Léonie, era stata incatenata perché pericolosa?

I2- Non saprei, non ero ancora qui, non sono in grado di dirlo.

C- Qui ci sono anche psicologi, psicoterapisti, medici che vi aiutano nella cura dei malati mentali?

I2- Sì, certo.

C- In cosa consistono i trattamenti che voi somministrate ai malati mentali: si tratta di farmaci tradizionali o medicine moderne?

I2- Somministriamo medicine moderne sotto forma di iniezioni e ingestione di compresse.

C- Chi aiuta Grégoire nei suoi centri: le suore ed i medici o ci sono anche volontari?

I2- Sì ci sono volontari, molti vengono dal Canada e sono dell'Associazione Amici della Saint Camille.

C- Ho letto che i malati che guariscono possono anche restare qui a lavorare, ci sono qui casi di ex malati che ora si occupano del recupero degli altri?

I2- Anche io sono stata malata. Ed adesso sono la Direttrice del Centro. Sono la prova evidente che il metodo di Grégoire funziona.

C- Ha voglia di raccontarci la sua storia? In passato anche lei è stata incatenata?

I2- No, per fortuna no. La mia famiglia mi ha portato qui.

C- Quando un malato guarisce e vuole tornare nella propria tribù, quest'ultima è capace di accoglierlo come se nulla fosse accaduto, di considerarlo come una persona "normale" o resta una forma di sospetto nei confronti dei malati?

I2- Il reinserimento [*la réinsertion*] del malato nella comunità di appartenenza è un po' delicato: a volte il malato viene accettato, altre volte no. E quando non viene accettato noi siamo obbligati a tenerlo qui presso di noi.

C- E anche se è guarito, vive qui assieme agli altri malati?

I2- Sì.

C- Al momento quanti malati sono accolti qui ad Avrankou?

I2: Ad oggi abbiamo 187 malati.

C- C'è qualcuno che è aggressivo o può essere violento e, quindi, pericoloso per gli altri? Come fate a tenerli tutti tranquilli?

I2- Quando sono aggressivi gli somministriamo delle iniezioni di calmanti; dormono per qualche giorno e dopo non sono più pericolosi.

C- Ma quando i guaritori legano i malati agli alberi anche loro gli somministrano dei calmanti?

I2- Sì certo: sottoforma di foglie e tisane.

C- E per i malati che hanno bisogno a vita di medicinali, come è possibile il loro ritorno alle comunità di origine?

I2- Loro rientrano in famiglia, ma ogni mese vengono qui solo per prendere i medicinali. Anche per questo tutti i giorni è aperto il nostro ufficio di Consultazione [*Consultation*]: lì un medico visita i malati o gli ex malati e dà loro le medicine di cui hanno bisogno.

C- C'è chi viene solo per la Consultazione e che non è mai stato accolto qui al centro e non ha vissuto l'iter terapeutico qui proposto che, nei fatti, prescinde dalla mera somministrazione di farmaci?

I2- Sì, accade anche questo.

C- Chi aiuta Grégoire per l'acquisto dei medicinali? Chi li paga?

I2- È solo Grégoire che può dirlo.

C- Ha dei sostegni dallo Stato?

I2- No, lo Stato non lo aiuta. Per i farmaci nel 2014 e 2015 il Ministero della salute ha donato qualche bottiglia di Clorpromazina e qualche cartone di *Seroton*. Per il resto si tratta di aiuti di benefattori.

C- Quanto tempo in linea di massima un malato resta qui?

I2- Minimo uno o due mesi, ma il massimo è difficile dirlo perché ci sono dei parenti che non vogliono più riprendere il malato nella famiglia; dunque può restare uno, due tre anni e anche per sempre.

C- Quante persone lavorano qui?

I2- 31/32 persone.

C- Sono salariati? Da Grégoire?

I2- Sì.

C- Una volta migliorata la condizione psichica del malato grazie alla cura farmacologica ha detto che c'è un Centro di Reinserimento: qui che tipi di lavori si insegnano ai malati oltre quello di sarta?

I2-C'è la panetteria; l'allevamento di polli, conigli, maiali e capre e la sartoria.

C- Quanti centri ha aperto Grégoire in Bénin?

I2- Ci sono quattro Centri di Accoglienza [*Centre d'Accueil*] in Bénin: non è ancora aperto ed è quello di Tokan, poi ci sono il Centro di Bohicon, il Centro di Djougou e questo che è il centro di Avrankou. Poi ci sono tre Centri di Reinserimento [*Centres de Réinsertion*], quello di Dambodji, che è qui vicino, ad 800 metri; poi c'è il centro di Calavi e poi il centro di Agoita a Bohicon. In questi ultimi il malato apprende un mestiere, viene formato, per essere autonomo, al fine di essere inserito nel mondo, prima ancora che nella sua comunità.

C- Sono già guariti i malati che accedono al Centro di Reinserimento?

I2- Il trattamento psichiatrico è a vita, non può essere interrotto, altrimenti la malattia può ripresentarsi. Dunque sì sono guariti, ma sono sempre sotto trattamento farmacologico.

C- Saprebbe dirmi qual è la percentuale di malati che viene recuperata e reintegrata nelle famiglie?

I2- Qui ad Avrankou abbiamo trattato nel tempo tredicimilaottocento malati, di questi la maggior parte sono rientrati in famiglia e tornano ogni mese a prendere medicinali il resto sono ripartiti nei Centri di Accoglienza e Reinserimento.

C- Ha detto che uno dei Centri di Reinserimento è qui vicino, per caso è possibile visitarlo?

I2- Se volete, sì.

C- Gliene sarei davvero grata, così da poter documentare al meglio il vostro lavoro.

INTERVISTA 12

Intervista breve ad un fotografo canadese, volontario ad Avrankou.

C- Salve, come mai lei si trova qui ad Avrankou?

I- Sono un fotografo volontario e sto documentando il tema della malattia mentale in Bénin.

C- Ha mai incontrato Grégoire? Ha assistito alla liberazione di un malato di mente dalle catene?

I- Sì ho conosciuto Grégoire, ma non ho mai assistito alla liberazione d un malato. Ho conosciuto molti, però, che sono stati legati per anni: quel ragazzo (indica un giovane) è stato legato ad un albero per 8 anni ed ha solo 25 anni circa. In effetti lui percepiva l'essere legato come un sollievo perché la famiglia continuava a prendersi cura di lui e non poteva essere un pericolo né per se stesso né per gli altri. Quando è stato portato qui ha visto la differenza di trattamento e si è sentito di gran lunga meglio, ha capito che nulla era concluso: è stato per lui come un nuovo inizio.

C- Pensa dunque che qui i malati stiano bene?

I- Indubbiamente: il ragazzo di cui parlavo adesso ha un lavoro, una sua famiglia, è iniziata la vita per lui.

C- Io, in verità temo vi sia un'eccessiva somministrazione di pillole: moltissime persone dormono da ore e forse non si sveglieranno per i prossimi giorni, non crede?

I-Forse sì, ma non è il mio campo e non saprei, ma è vero del pari che loro non stanno bene senza le pillole. Quando la dose è eccessiva dormono o sono seduti a non fare nulla, ma dopo un po' si rianimano e conducono una vita migliore di quella senza farmaci. In verità le grosse dosi di farmaci vengono somministrate solo all'inizio del percorso, ma in definitiva è certo molto migliore la loro vita qui che legati a tronchi di albero!

C- Ha mai visto qualche malato che torna a casa e viene riaccolto dalla famiglia?

I- Sì: è questo lo straordinario risultato di Grégoire.

C- Gli ex malati vengono riaccolti, ma continuano ad essere percepiti con sospetto?

I- No, nella maggior parte dei casi no, perché tornano a casa dopo un anno o due con un lavoro e perfettamente autonomi: non c'è motivo di temerli più e la famiglia ha avuto tutto il tempo per dimenticare il passato. Molto spesso le famiglie vengono qui, vengono a vedere il proprio familiare, possono rendersi conto delle differenze e sperano di riaverlo a casa.

C- Le famiglie rinvogliono l'ex ammalato a casa perché ha un lavoro – così da spartire i guadagni – o perché è in grado di lavorare – dal momento che ha appreso un mestiere qui – o per sincero attaccamento?

I-Dipende. In ogni caso qui quando gli apprendisti raggiungono un buon livello di padronanza del mestiere e c'è bisogno ad esempio di nuovi insegnanti o proprio di lavoratori,

effettivamente vengono assunti. In ogni caso imparano un mestiere, diventano capaci di svolgerlo in autonomia (cucire, fare il pane, allevare gli animali...).

C- Lavorano qui e tornano a dormire presso le proprie famiglie?

I – Questo non saprei dirlo.

L'intervista si conclude con dei ringraziamenti e ci si reca presso il Centro di Reinserimento.

INTERVISTA 13

Annie Pelletier, psicologa e sociologa del Canada

C- Salve Dottoressa, qual è il suo ruolo qui ad Avrankou?

I- Offro del volontariato presso il Centro psichiatrico, collaboro con medici ed infermieri.

C- Cosa ne pensa del servizio psichiatrico offerto nel Centro?

I- Si tratta di un buon livello di cure, c'è anche un medico che viene dal Canada e che si chiama Benoit Allacon che viene qui ogni anno a formare il personale, soprattutto gli infermieri per quanto concerne la somministrazione dei farmaci e la diagnosi di cura. Ci sono anche degli psichiatri che formano il personale.

C- Sono tutti volontari? Non vengono pagati per i loro servizi?

I- Sì, nella maggior parte dei casi i formatori sono volontari, ma ci sono anche lavoratori salariati.

C- Come fa Grégoire a mantenere tutto questo? È davvero tutto gratuito?

I- Sì, ci sono molte persone che fanno dei doni. In più la comunità vive anche con i prodotti dell'agricoltura e dell'allevamento del Centro di Reintegrazione. E poi, anche se i malati non pagano le medicine, a volte corrispondono piccole somme per la consultazione, circa 2000 franchi CFA.

C- Se un malato non ha la possibilità di pagare le consultazioni?

I- Gli vengono comunque donati i farmaci. Il denaro è solo una forma di contribuzione a questa straordinaria opera, non è obbligatorio, ma è suggerito per poter continuare a nutrire ad esempio le persone che sono nel Centro di Accoglienza.

C- Qual è la percentuale di malati che vengono reintegrati nelle famiglie?

I- Circa l'80% di malati.

C- Quali sono le malattie mentali più frequenti che si incontrano al Centro di Avrankou?

I- Le stesse che si trovano da noi; purtroppo dovrebbe rivolgersi alle infermiere per questi dettagli, io aiuto solo nella fase della consultazione quando si riscontrano dei problemi di psicologia o c'è bisogno di interventi sociali con la famiglia del malato.

C- Qual è il suo ruolo presso le famiglie?

I- Cerco, insieme con altri miei colleghi, di sensibilizzare i parenti alla malattia del loro prossimo, gli si spiega che è una malattia come il diabete che deve essere curata per sempre.

C- Dunque vi recate presso tutti i villaggi limitrofi a fare sensibilizzazione o andate solo presso le famiglie dei malati ospedalizzati qui?

I- Io personalmente mi occupo delle famiglie dei nostri malati, ma Grégoire ed altri fanno un'importante opera di sensibilizzazione per i villaggi vicini e lontani. Io non sono beninese e, dunque, per loro sono poco convincente rispetto ad un beninese che conosce la loro cultura, parla il fon, etc.

C- Le famiglie fanno reticenza a lasciare che i loro malati mentali vengano slegati e condotti qui?

I- In verità c'è molta fiducia nell'opera della Saint Camille, ormai se ne conosce il lavoro ed il valore.

C- È ancora molto diffusa l'idea che i malati mentali siano posseduti da demoni?

I- Sì, molti lo credono, ma non tutti, non più. A volte comprendono che si tratta di una malattia, ma infondo la considerano comunque un manifestarsi della cattiva sorte, della magia nera.

C- Ci sono differenze tra le varie malattie psichiatriche: le persone dei villaggi che legano i malati lo fanno solo perché credono che siano posseduti, ma anche perché ne temono la pericolosità, la violenza. Nel caso di patologie mentali non pericolose i malati vengono comunque legati agli alberi nei villaggi?

I- Sì perché uno motivo del legare i malati mentali è evitare il contagio: qui si pensa che se si tocca o si guarda troppo un malato mentale la malattia potrà colpire anche te, anche per questo tendono a tenerli segregati o legati. In più fanno dei trattamenti tradizionali, bevono delle pozioni, fanno soffrire il corpo, per far allontanare il male.

C- Dunque legano sia epilettici, sia persone con semplici difficoltà del linguaggio ad esempio?

I- Sì. Perché sono visti come abitati dalla cattiva sorte.

C- Accade anche per i bambini?

I- È un po' diverso: qui quando nasce un bambino ad esempio senza una gamba o malformato, questo è ricondotto all'handicap, alla disabilità; ma quando si parla di malattia mentale è uno stato che "arriva" quando la persona è fisicamente del tutto normale, ed improvvisamente, a qualunque età. Ma non si nasce malati mentali.

C- Ha mai conosciuto qualcuno che è stato legato e che adesso si è ristabilito?

I- Sì.

C- Quando la famiglia o il guaritore tradizionale non autorizzano Grégoire a slegare i malati mentali cosa accade?

I- Grégoire è riconosciuto come una persona con una certa autorità, quindi è difficile che gli si impedisca di liberare un malato, anche perché lui spiega che sarà possibile recuperare il malato, senza costi per la famiglia.

[Interviene Beatrice (B), la direttrice del Centro]

B- Non è sempre così: una volta Grégoire si recò al nord del Paese per liberare una malata mentale che era incatenata, ma il guaritore e i parenti glielo impedirono e non ci fu nulla da fare.

[Ribatte Annie Pellettier]

I-Comunque è un caso molto raro.

[L'intervista si conclude bruscamente perché la dottoressa deve andare via]

INTERVISTA 14

Intervista a Raymond Madou S.Y., un ex malato Mentale presso il Centro di Reinsertion, ora panettiere

C- Salve Raymond, lei è un ex malato mentale, ha mai vissuto l'esperienza dell'incatenamento?

I- No. La prima volta la malattia si è manifestata [*m'est arrivé*] nel 1994, ero a scuola in quarta della scuola secondaria, i miei genitori mi portarono al centro psichiatrico di Cotonou, il Jacquot, ma rifiutavo i trattamenti.

C- Manifestava segni di violenza?

I- Sì, ero molto violento. Colpivo chiunque mi fosse vicino. Non dormivo più, né di giorno né di notte. Dopo il trattamento ho ritrovato me stesso [*je me suis retrouvé*], ma l'ho abbandonato presto, ho smesso di prendere i farmaci. La malattia è ritornata. Così i miei parenti hanno pensato di rivolersi alla medicina tradizionale.

C- Per la sua famiglia, quando si ammalava, era un demone che prendeva possesso del suo corpo? Cosa pensava che avesse?

I- La mia famiglia non mi ha mai abbandonato, non ha mai pensato che fosse finita per me e che non mi sarei più ritrovato.

C- Al Centro Jacquot il trattamento è a pagamento?

I- Sì, si paga per essere curati.

C- Si paga quanto la medicina tradizionale?

I- No, la cura tradizionale è cara, ma anche quella di Cotonou è cara, ma c'è una differenza. Dopo la cura tradizionale mi sono calmato un po', ma ho di nuovo abbandonato.

C- In cosa consistono le cure tradizionali?

I- Si tratta di tisane. Se prendessi la tisana oggi dormirei due o tre giorni prima di ritrovare me stesso.

C- Dopo, i miei genitori mi hanno condotto alla Saint Camille, qui ho appreso il mestiere di panettiere che pratico da circa tre anni.

I- Ha mai fatto del male a qualcuno?

C- Quando la malattia è tornata per la seconda volta ho colpito un amico. È intervenuta la gendarmeria, non sapevano che ero malato e mi hanno battuto per ore. Mi hanno chiesto il contatto per chiamare i miei genitori e, poi, sono stato portato direttamente alla Saint Camille. Lì in tre mesi (gennaio, febbraio, marzo) ho ritrovato me stesso, nel 2007. Quando il fondatore Grégoire mi ha domandato: "che mestiere vorresti apprendere?", gli ho risposto: "sono un panettiere", questo è stato l'inizio della panetteria della Saint Camille.

C- Perché quando parla della malattia dice “mi sono perso” e “ho ritrovato me stesso”? Aveva la percezione di non essere più se stesso quando ricadeva nella malattia?

I- Ad oggi prendo regolarmente i medicinali, non sono più neligente. La malattia mentale [*la maladie*] è come il diabete, non puoi smettere di prendere le medicine.

C- Saprebbe dirmi quali medicine prende?

I- Prendo l’“Attend” la mattina e l’“Agatin” la sera. È un trattamento specifico per la mia patologia, ciascuno e prende uno diverso. Ogni mese faccio un’iniezione.

C- Costa molto per lei comprare le medicine?

I- Sono gratuite alla Saint Camille, come l’alloggio e ogni altro trattamento o la consultazione, mentre al Centro Jacquot si pagano.

C- Lei vive qui?

I- Sì, e questi sono i miei due figli [indica due bambini].

C- Il pane che producete qui lo vendete ai mercati?

I- No, sempre qui, dopo la preparazione e la cottura c’è la distribuzione. Sempre io me ne occupo, assieme ai nuovi ragazzi, circa una decina, che provengono dal Centro di Accoglienza che sono riusciti a ritrovare se stessi.

C- Lei insegna ai nuovi arrivati?

I- Sì.

C- Cosa può dirmi di Grégoire Ahongbonon, fondatore della Saint Camille?

I- Grégoire è un uomo di Dio, è il nostro salvatore. Ci ha salvati tutti lui, dalla strada o dalla foresta egue tutti i suoi malati mentali. È il nostro Dio.

C- Quante persone ci sono nel Centro di Reinsertion?

I- 80-90 persone.

C- Dove sono adesso?

I- Riposano.

L’intervista si conclude con una visita della panetteria, ben fornita ed attrezzata.

INTERVISTA 15

Intervista a Léonie Agouinzia¹⁰ una ex malata mentale presso il Centro di Reinsertion, ora sarta

C- Salve, vorrebbe raccontarci la sua storia?

I- Inizialmente per curare la mia malattia mi sono rivolta a un'infermiera che si trova a Ganvié che mi ha curato [*m'a traité*] per circa un mese e mezzo, prima che mi rivolgessi ad un guaritore, senza trovare nessuna soluzione. Lei mi somministrava dei medicinali, ma dal momento che li rigettavo, decise di incatenarmi.

C- L'ha incatenata perché era violenta?

I- No, non sono mai stata violenta, ma cantavo. Poi qualcuno fece ai miei genitori il nome della Saint Camille ed è dal 2007 che io sono qui, ho imparato un mestiere ed adesso sono una sarta.

C- Quanti mesi si è trattenuta nel Centro di Accoglienza de la Saint Camille?

I- Due mesi circa.

C- Continua a prendere i medicinali?

I- Sì.

C- Adesso vive qui o è rientrata a casa?

I- Resto qui la mattina, ma la sera torno al Centro di Avrankou, ormai quella è la mia casa.

C- La sua famiglia l'ha mai allontanata? Ha mai percepito un atteggiamento di sospetto da parte dei suoi familiari?

I- No.

C- Com'è per lei vivere qui? Ha recuperato fiducia in se stessa?

I- Sì, inoltre sono potuta tornare a casa [*rentrer à la maison*].

C- Alcuni familiari mi hanno accompagnata qui all'inizio, poi mi sono venuti a trovare nel corso del tempo e adesso, quando voglio, posso tornare a casa.

L'intervista si conclude, ma la paziente non è evidentemente ancora in grado di gestirsi in autonomia, il suo iter terapeutico non è ancora terminato.

¹⁰ Léonie Agouinzia ha 31 anni, è al Centro di Avrankou da sei anni. Viene da Ganvié, un piccolo villaggio di palafitte a nord di Cotonou. Allorché sovvenne la malattia i parenti si rivolsero dapprima alla medicina tradizionale: la condussero dal guaritore del villaggio che la incatenò per sei mesi, somministrandole delle tisane. Vedendo che la sua condizione peggiorava i parenti decisero di rivolgersi al Centro della Saint Camille che le ha restituito una possibilità di vita.

INTERVISTA 16

Intervista alla direttrice del Centro di Medicina Tradizionale "Seyon" di Cotonou, Dr Gisèle Egounléty épouse Toudonou

C- Biongiorno dottoressa, potrebbe aiutarmi a chiarire la differenza, se c'è, tra la medicina tradizionale e la religione Vodun?

I- Il Vodun prende la sua forza dalle piante, pertanto il capo Vodun deve conoscere le piante, conoscerne le proprietà, anche di guarigione. Dunque non è necessariamente il Vodun che guarisce, ma è la pianta, la conoscenza della pianta che il prete Vodun utilizza e che gli permette di trattare le malattie. I preti Vodun fanno anche dei sacrifici. Tutto ciò per quanto concerne le malattie organiche, ma c'è una cosa che va detta: i beninesi o gli africani non hanno la stessa concezione della malattia degli europei. È possibile che siano in accordo su alcune piante, ma c'è una differenza: la malattia dell'africano può manifestarsi perché lui ha trasgredito delle leggi: leggi familiari, divieti del clan, che ha contravvenuto e questo può portargli delle malattie. Allora se c'è una trasgressione delle leggi, questo vuol dire che bisogna riparare. Si va così a consultare il Fâ per vedere se effettivamente c'è stata la trasgressione: così il Fâ diventa una modalità diagnostica. E il Fâ è un modo divinatorio di diagnosi che rivela qual è la causa dei problemi che il malato presenta. La medicina classica spesso non riesce a diagnosticare tutte le malattie: dice ai malati che non hanno niente e invece solo la diagnosi divinatoria del prete vodun o del proprio capo di famiglia rivelerà il problema, dirà che c'è stata una tale trasgressione per riparare alla quale bisognerà fare dei sacrifici al vodun della famiglia. Ciò non vuol dire, però, che tutte le malattie sono da affrontare in questa maniera. Se la malattia è organica può essere trattata dalla medicina classica come dalla conoscenza delle piante. Guardi, quelli lì sono dei Preti domenicani che conoscevano questo Centro e sono venuti a prendere dei medicinali naturali per l'asma e i cheloidi qui: non c'è bisogno di andare dai preti vodun per fare della medicina tradizionale, basta conoscere le piante. Sono due cose diverse, dunque, la trasgressione delle leggi e la malattia organica. Al di fuori di questo la malattia può essere dovuta al fatto che la persona è stata *envoûté* per gelosia o dalla *sorcellerie*. Voi non potete capire questo concetto perché avete ormai assimilato [*evolué*] che questa non esiste più, ma in Afric ancora una persona può provocare una malattia all'altra: maleficio. La medicina classica non può fare niente, dunque bisogna necessariamente *desenvoûter*, o dare una risposta contro la *sorcellerie*. Ed è per questo che è stato creato questo centro. I fedeli cattolici hanno chiesto di creare questo centro. Le persone che hanno una malattia organica, ad esempio le malattie croniche come l'ipertensione arteriosa che non vogliono più prendere dei medicinali chimici e vogliono prendere dei medicinali naturali a base di piante e che possano prenderli in tutta sicurezza. Poi ci sono coloro che pensano che la malattia non è organica e che è stata causata dall'*envoûtement* o dalla *sorcellerie*: possiamo aiutare anche loro così che non siano costretti a rivolgersi al prete Vodun il quale gli domanderebbe di fare dei sacrifici al Vodun. Affinché i cristiani non siano costretti a fare dei sacrifici al Vodun è stato necessario creare questo centro che potesse portare delle risposte anche a queste malattie.

C- Che tipo di sacrifici chiedono di fare i preti Vodun ai malati?

I- Sacrifici di animali: capra, gallina, etc.

C- Perché è importante che questo centro sia cattolico: curate anche voi le persone con la preghiera?

I-Sì qui utilizziamo la preghiera, ma abbiamo anche le piante: le persone possono fare dei bagni, possiamo darvi delle foglie da mangiare o tritare le foglie da mettere sulla ferita o mescolate con dell'olio affinché non abbiate più delle allucinazioni visive. Se non riuscite a dormire con le piante vi aiutiamo.

C-La popolazione, da sempre abituata a rivolgersi ai feticheurs, o ai rappresentanti della religione Vodun ha fiducia in questa medicina cristiana basata sulle piante che qui perseguite?

I- Sì, molto. Anche se una persona malata andrà all'Ospedale, continuerà a prendere le piante di nascosto. Io comunque sono un medico, formata alla maniera occidentale, ho studiato per fare il medico, ma faccio della ricerca in medicina tradizionale. Quando un malato viene qui io faccio una diagnosi da medico, ma lo curo anche con le medicine tradizionali: è fondamentale che un malato sia visto anche da un medico moderno; qui facciamo anche delle analisi paracliniche, biologiche, ecoscanner etc. così si può dare una vera diagnosi, ma se ci sono delle piante per trattare la malattia rilevata preferiamo utilizzare quelle. Qui facciamo anche dell'omeopatia e utilizziamo gli oli essenziali. Poi se non ci sono cure a base di piante proponiamo i medicinali classici ai malati.

C-I guaritori vodun accettano tale unione con la medicina moderna?

I-Certamente. C'è un Programma del Ministero in proposito e poi i guaritori vengono formati: sono stati organizzati per circoscrizioni, comuni e anche io sono stata invitata per dare loro della formazione. Quindi c'è una collaborazione.

C-Non è dunque vero che i guaritori hanno qualche reticenza a confidare i loro segreti di cura?

I- Sì, è vero, ma questa è un'altra cosa. Loro sono d'accordo a collaborare con i medici se ciascuno prosegue il suo ufficio, ma facilmente non ti daranno le loro ricette dei medicinali, né le loro conoscenze: loro vivono di questo, se ti rivelano le loro conoscenze tu non andrai più da loro quando ti ammalerai.

C-In questo centro lei, dunque, è un medico, ma non ci sono guaritori tradizionali?

I-No, io sono un medico, ma curo anche con le piante, faccio della fitoterapia.

C-I medicinali a base di piante che produce qui sono meno cari di quelli della medicina classica?

I-Sì e no, dipende. Quando si prende la combinazione di artemisia per la malaria è molto inflazionata quindi non costa molto fuori per cui la mia è di conseguenza più cara.

C- Ma per essere incardinati nel piano ministeriale i guaritori devono rivelare i nomi delle piante di cui fanno uso e anche i dosaggi: guadagnano qualcosa da tale “proprietà intellettuale”?

I-Lo fanno per amicizia: se a loro va di dircelo lo fanno, altrimenti no. In ogni caso la scienza dimostra che i loro trattamenti sono funzionanti, questo fa acquisire loro del rispetto.

C- Per ragioni religiose ci sono gruppi che rifiutano la medicina moderna e preferiscono quella tradizionale?

I-Per ragioni religiose i testimoni di Geova rifiutano la trasfusione.

C-Chi decide nelle famiglie se il malato dovrà rivolgersi ad un medico moderno o ad un guaritore tradizionale?

I-Dipende da ciascuna famiglia: può essere il padre, perché lui deve dare il denaro per le cure, ma se la madre ha un'autonomia finanziaria può portare il figlio dove crede.

C- La percentuale di persone che si rivolge ai guaritori è ancora all'80%?

I-Non è l'80% della popolazione beninese che si rivolge ai guaritori, ma che utilizza delle piante per curarsi. C'è una grande differenza, perché i medicinali prodotti con le piante possono essere acquistati al mercato o addirittura autoprodotti su consiglio di un amico, di un erborista che è al mercato, etc. Anche nella medicina moderna si fanno delle automedicazioni: si va in farmacia per prendere dei farmaci, è la stessa cosa, qui si va direttamente al mercato a prendere i medicinali per i dolori mestruali, il mal di pancia, etc.

C- Con gli studi chimici potete comprendere però meglio la posologia di tali medicinali e definire le somministrazioni?

I-Esattamente.

C- Spesso ci sono dei problemi con dei guaritori che non sono ben formati e danno medicinali in dosaggi errati?

I-Sì è possibile, ma il vero guaritore conosce i dosaggi. Può darsi che non è troppo rigoroso, ma riesce a differenziare ed individualizzare le dosi sulla base del problema del malato.

C-Come si fa a riconoscere un ciarlatano?

I-Bisogna essere ben consigliati se non si conosce il guaritore.

C-C'è qualche rimedio fitoterapeutico che voi potete utilizzare per la malattia mentale?

I-Sì, infatti il 60% dei nostri ospedalizzati sono dei malati mentali.

C-Avete delle persone ospedalizzate qui?

I-Sì.

C- Che differenza c'è tra la vostra cura e quella proposta da Grégoire Ahongbonon?

I-Grégoire non crede alle piante e non le utilizza per la cura dei malati mentali.

C-Quali prodotti utilizzate per i maalti mentali?

I-Dei calmanti che permettono alle persone di ritrovarsi. Aggiungiamo ai medicinali composti da piante i farmaci classici, come l'ARCAN che lotta contro gli effetti secondari delle piante, le cosiddette sindromi extrapiramidali. Quando utilizziamo le piante per farli dormire ci sono alcuni che presentano tali sindromi che noi correggiamo con l'Arcan.

C-Le famiglie vi portano qui i malati mentali o voi andate a prenderli dove sono legati?

I-Le persone sanno che qui si può trattare la malattia mentale, così portano i loro parenti e restano con loro fino alla fine del trattamento.

C-Quanto dura in media un trattamento?

I-Dipende, il più lungo è durato 7 mesi, ma abitualmente anche un mese dopo la situazione rientra e la persona ritorna in famiglia e viene periodicamente qui a prendere i medicinali obbligatoriamente ogni 15 giorni o 2 mesi.

C-Accogliete solo malati accompagnati da un parente?

I-Sì, se non ci sono parenti non li accogliamo.

C-I malati pagano per restare qui?

I-I parenti non pagano, ma il malato sì: 2500 cfa al giorno (meno di 5 euro).

C-Tornando a lei: lei è un medico, ma conosce anche le piante, dunque può scegliere. La scelta dipende dal caso da trattare, dalle malattie che incontra o preferisce scegliere una delle due medicine. Lei ha la competenza di entrambe le medicine, ma qual è la sua prima scelta?

I- La prima scelta è la medicina tradizionale. È per questo scopo che il Centro è nato perché la persona che viene si è già rivolta ovunque e non è stata soddisfatta. Così quando vengono qui vogliono qualche altra cosa rispetto ai medicinali chimici. Se la persona non è mai venuta io solitamente mi oriento sia verso la fitoterapia che verso l'omeoterapia, se entrambe non funzionano propongo dei medicinali classici, ma mai i medicinali classici inizialmente.

C-Per quale motivo? Perché sono più pericolosi per gli effetti collaterali?

I-Sì.

C-Quante persone lavorano qui nel Centro?

I-26 persone.

C-Quanti malati vengono al giorno?

I-Una decina per ciascun medico e ci sono due medici, quindi una ventina in totale.

C-Dottoressa, da quanto tempo lei è la direttrice di questo Centro?

I-Dal 2006 quando il primo Direttore si dimise, ma ero qui come medico sin dalla creazione del Centro che ha aperto le sue porte nel febbraio 1995.

C-Non ci sono guaritori qui?

I-No. C'è solo la conoscenza della medicina tradizionale, ma non ci sono guaritori. Abbiamo un giardino botanico a 40 mt da qui e coltiviamo lì le piante di cui ci serviamo per la cura dei malati e ne acquistiamo delle altre al mercato di Porto Nuovo, di Abjarra o fornitori privati.

INTERVISTA 17

Intervista al guaritore tradizionale Dah-Edjêgledje Ztzoï, Kpogba d'Abomey

C- Buongiorno

I-Buongiorno, scusate io prendo questo (un liquore) come protezione [*contre*].

C-Protezione da cosa?

I-L'envôutement. Questo lo chiamiamo "chakatu", è come un vaccino per prevenire l'envôutement di coloro che mi sono vicini: se qualcuno mi invia della cattiva sorte io mi tutelo con questo.

C-Quante volte deve prenderlo?

I-Poche: una volta ti dura per anni, ma se ad esempio ti capita di toccare un maiale il suo potere si annienta e devi riprenderlo. Poi, sa, io sono un guaritore molto conosciuto, per cui sono esposto alle invidie delle persone.

C-Voi ricevete qui le persone per le cure?

I-A volte sì, altre sono con mio padre che è il re di Abomey.

C- Cosa significa per lei guarire con la medicina tradizionale e cosa secondo la tradizione vuole dire essere malati.

I-La malattia è qualcosa di tossico per il corpo di un essere. Ogni cosa è viva, respira e ogni cosa può essere colpita dalla malattia: quando la malattia arriva non riguarda solo il corpo, ma l'insieme di tutto ciò che vive. Contro la malattia bisogna lottare per ritrovare la pace nel corpo. Possiamo proteggerci dall'arrivo della malattia attraverso i medicinali e anche curarci, ma anche attraverso dei divieti alimentari. Se tu sei protetto nel corpo, quando qualcuno ti invia una malattia [*l'envoutement*], essa ritornerà a colui che l'ha inviata. Quest'ultimo, anche se prende dei medicinali, verrà colpito a morte dalla malattia e non troverà alcuna guarigione perché ci sono delle cose "ababla" (ritorno al mittente) che si mettono dentro alla protezione che risultano anche come controattacco. Colui al quale il male è ritornato non troverà alcuna guarigione e morirà.

C- Dunque la malattia può essere inviata ad altri: ma chi la può inviare: tutti o solo alcuni? Solitamente che tipi di malattie vengono inviati?

I-Le malattie possono essere inviate dalle persone che posseggono la *sorcellerie*, una sorta di magia che passa spesso durante la notte per cercare l'anima dell'uomo; non prende, infatti, il tuo corpo, ma prende l'anima e intavola una sorta di riunione: attraverso di essa può trasformare l'uomo in maiale o in pesce da mangiare, così l'anima adduce delle motivazioni per non farlo, se si accettano le motivazioni l'anima ritorna, ma se non vengono accolte l'anima ritorna più volte alle riunioni finché non viene detto sì, ma se continua a dire di no l'anima muore. Ma se trovi qualcuno che può guarire questa persona bisogna che ci si rivolga molto presto, molto presto, alla medicina moderna, all'Ospedale o al dispensario. Allo stesso

modo dal guaritore bisogna recarsi presto altrimenti se il cuore della persona è già stato mangiato prima dell'arrivo da un guaritore non è più possibile procedere con alcun tipo di guarigione: il cuore è già mangiato ed è il cuore che controlla il sangue, che determina il movimento per far muovere il sangue nelle vene, nelle arterie.

C- Guarire per lei è un dono, un potere o una capacità? Qualcuno gliel'ha trasmessa o è nata con lei?

I- Posso dire di aver ereditato tale capacità, perché mio nonno, che non ho conosciuto, si occupava delle guarigioni; io una notte mi sono svegliato e ho cominciato a fare delle pratiche; non sono mai andato ad apprendere il mio mestiere da nessuno prima di diventare guaritore. Avevo 15 anni. Ho continuato a studiare: ho fatto le scuole elementari e medie qui a Zivié, il liceo a Pomassé, ho studiato contabilità, ma continuavo a praticare l'uso delle foglie per salvare le persone o come forma di protezione. Ogni guaritore ha anche un'altra immagine, quella del sorcier, in virtù dell'intervento del Voudoun Zapata. Questo voodoo è il re sulla terra. È lui che è il nostro corpo. Prima che gli animali e tutte le cose vive lui le fa con la terra. Noi siamo fatti di terra, no? Il nostro nutrimento viene dalla terra, no? La manioca, il mais, l'acqua esce dalla terra, no? Gli alberi crescono dalla terra, no? Ogni cosa viene dalla terra. Si può quindi concludere che è lui che governa, è lui che prende il nostro corpo.

C- E' la più grande divinità Voodoo?

I-Sì, Zapata. È la terra che noi chiamiamo Zapata qui. È dalla terra che viene fatto l'uomo o la donna o gli animali. Dopo la morte si ritorna alla terra e quando tu lasci un cadavere sulla terra, dopo anni trovi in quel posto la sabbia. Per questo motivo è Zapata che governa, lui è tutto. Lui può essere anche inviato e te ne accorgi se hai la varicella, il morbillo, il vaiolo, segni sul corpo.

C-Ma è Zapata che invia la malattia?

I-No, i segni sul corpo testimoniano che lui ti è stato inviato. Se le persone vedono i segni sul corpo subito ti diranno..."fai attenzione, è la terra!"

C- Perché ti viene inviato il male, perché hai fatto qualcosa?

I-Se sei pronta ti faccio vedere il Vodou Zapata.

C-Non ne sono sicura. Cosa ne dice di proseguire l'intervista? Di quali rimedi lei ha bisogno per guarire?

I-Io invoco il Fâ, recito delle preghiere e poi con le foglie posso guarire molteplici malattie.

C- Quali malattie lei riesce a curare?

I-Quelle che ho detto prima: vaiolo, varicella, morbillo, senza problemi, poi la malaria la curo senza problemi, le forme di intossicazione senza problemi, l'elefantiasi ai piedi, quando si gonfiano o quando si gonfia il ventre agli uomini o alle donne a seguito dell'envoutement, io lo guarisco, anche la prostata la guarisco.

C-Ma se viene da lei un caso grave che ha bisogno della chirurgia e, dunque, della medicina moderna, lei lo invia all'Ospedale o prova prima a curarlo lei?

I- No, lo mando subito all'Ospedale.

C-Una persona che si rivolge all'Ospedale può continuare a prendere anche i suoi medicinali?

I-Sì. I familiari, quando il malato torna a casa, vengono qui clandestinamente e mi chiedono dei medicinali. Altre volte sono io stesso che accompagno i malati all'ospedale così mi rendo conto di quello che non va e se mi accorgo che dietro quel male si cela l'envoutement preparo delle tisane e ne somministro un po' al malato senza che le infermiere o i dottori lo sappiano. È una forma di protezione. Lo si può fare anche durante il cesareo se la donna è in crisi, ma io mi reco in Ospedale e le porto la mia pomata, questa le darà una forte sensazione di calore e lei ritroverà la sua vita.

C-Dunque c'è una forma di collaborazione tra la medicina moderna e quella tradizionale? Lei ha detto di poter curare la maggior parte delle malattie, poi, quando c'è qualcosa che voi non potete fare mandate il malto in ospedale e lei può accompagnarla con le tisane, le pomate etc., ma non accade mai che lei parli con il medico per decidere insieme la strategia terapeutica? C'è qualche forma di collaborazione?

I-Non ancora. Lo stato ha proposto ciò, ma qui in Bénin non si è ancora trovato l'accordo per poter lavorare insieme. Attendiamo il Decreto.

C-Pensa che sia una cosa positiva tale collaborazione?

I-Non cambia niente. Si pensi al caso del parto, se il bambino non nasce e vogliono farle il cesareo, ma io do dell'acqua con un prodotto soprannaturale chiamato ATAKU, la donna partorirà in 15 minuti il bambino naturalmente, senza cesareo, questo perché c'era qualcosa che aveva bloccato il bambino. Io so che chi ha bloccato la nascita è il sorcier, io metto in atto rapidamente i metodi della sorcellerie, le faccio bere l'acqua e rapidamente il bambino nascerà.

C- Lei sarebbe disposto a confidare i suoi segreti ai medici moderni o teme di perdere così il suo lavoro?

I-Qui in Bénin è la medicina moderna che teme che noi guaritori prenderemo il suo posto, sottraendole denaro. Teme che loro non potranno più fare affari convenienti, ma dov'è il problema: possiamo collaborare, fare noi la nostra parte, loro la loro e poi dividere il compenso, dov'è il problema? Invece siamo andati a delle riunioni con i medici moderni, ma non abbiamo ancora trovato la soluzione per la collaborazione.

C- Le persone del villaggio vengono a consultare più lei o i medici dell'ospedale?

I-Molte persone vengono, guardate quanti medicinali ho! Ho un po' di tutto, rimedi per dare forza al corpo, per l'eccitazione.

[Offre il medicamento, è molto alcolico, gioca sui poteri afrodisiaci del medicamento.]

C-Ha qualche potere anche per guarire la follia i malati mentali?

I-No...non ho mai curato malati mentali eccetto...mia sorella che ho guarito. Aveva male alla testa. Io sono andato al mercato ho preso la bevanda Youki, 5 bottiglie, della frutta – non vi dirò tutta la combinazione – ho messo tutto insieme e fatto raffreddare, la persona ne prende una bottiglia e dorme molto profondamente ... In una settimana la persona troverà la guarigione. Così si cura anche l'ulcera.

C-Dove prende le piante per comporre i medicinali, ne coltiva?

I-Vado a prenderle nei pianti, nei mercati. [Mostra un farmaco moderno]. Questo ad esempio si prende in farmacia, non si può produrlo. Bisogna aiutarsi con i prodotti moderni.

C-Sa dirmi orientativamente quante persone cura al mese?

I-Molte, perché l'envoûtement della *sorcellerie*, come il chakatu, non può essere curato se non dai guaritori. Solo i guaritori possono fare in modo che la donna sia protetta da eventuali aggressioni o violenze, possono impedire l'adulterio creando un prodotto che i mariti fanno prendere alle mogli e se queste andranno con un altro uomo questi morirà, steso sul loro corpo. Tutte queste cose non vengono curate all'Ospedale. Io vendo anche prodotti già pronti alla farmacia qui a fianco.

C-C'è qualche legame tra la *sorcellerie* e l'Oro?

I-No, è una cosa molto diversa, Oro è il Vodun che viene nell'aria e si manifesta di notte.

C- Se nasce un bambino malformato e la tribù lo esclude perché è considerato un *tohossu*, voi potete fare qualche cosa per il bambino, affinché lui non venga allontanato dalla casa e dalla famiglia?

I-C'è una cerimonia per questo che facciamo qui da noi e dopo il bambino *tohossu* potrà vivere ed anzi portare fortuna alla famiglia, portarle denaro. C'è anche la tradizione degli *abicut*: è un qualcosa che protegge la sorte dei nuovi nati. Se tuo padre ha messo al mondo già tre bambini e sono tutti morti prima della tua nascita, quando nasci tu, se l'ultimo fratello morto era maschio, e tu sei maschio, quando nasci ti faranno una cerimonia e lasceranno una cicatrice sul viso per bloccare quello che è morto affinché non venga a prendere anche te. Ci sono diverse cicatrici sul viso dei beninesi, alcune relative alla religione, se ad esempio venerano i pitoni. Ma quelle degli *abicut* è una solo di lato sinistro per l'uomo e destro per la donna, se il fratello era del sesso opposto il segno sarà obliquo verso il lato sinistro per i maschi e destro per le donne.

C- In verità io avevo compreso che i *tohossu* rappresentassero una grande sventura per la famiglia e che per questo venissero esclusi dalla famiglia.

I-No, se si fanno bene quelle cerimonie i *tohossu*, cioè i bambini malformati, con la testa grande i piedi ricurvi all'indentro, portano ricchezza alla famiglia. Se muoiono e vengono interrati e dopo anni si comincia a sentire dei segni: nel gruppo accadano molte sventure, come morti e malattie, litigi allora si faranno delle consultazioni e si troverà che è il *tohossu* e

che bisogna fare tali cerimonie per farlo rientrare nella famiglia: si va al fiume, si fanno delle cerimonie, lui emergerà dall'acqua (to) e verrà sulla testa di colui che ha fatto la cerimonia. Costui dovrà cadere altrimenti ci sarà una maledizione per lui.

C-Se una donna non può avere figli, rischia di essere esclusa dalla famiglia o dal marito: lei, con i suoi medicinali può aiutarla? Cura anche l'infertilità o la sterilità?

I- Sì. [mostra dei rimedi, ma c'è un'incomprensione per cui mostra un anello in ferro, cui viene aggiunta della polvere nera per impedire le gravidanze, con poteri contraccettivi]. Se l'anello segnerà il dito lasciando una cicatrice la donna non potrà mai più avere figli per tutta la sua vita.

C- E per avere dei figli?

I-La donna dovrà sfilare l'anello, dovrà lavarsi bene per eliminare le tracce dell'anello e avrà una gravidanza.

C-C'è qualche altra malattia che causa esclusione dalla comunità per il malato il quale se si reca qui da lei riceverà il medicamento giusto e potrà essere riammesso in famiglia?

I-La lebbra causa eliminazione, l'epilessia non proprio eliminazione, ma la persona avrà le sue posate, il suo bicchiere, il suo piatto e non potrà scambiarlo con quello di altri. Se muore il lebbroso o l'epilettico non potrà essere seppellito a casa sua, si fanno delle cerimonie particolari, si fanno bruciare tutte le sue cose, si fanno delle tisane per disinfettare le parti, per cacciare gli spiriti malvagi.

C- Voi avete appreso tutta la vostra conoscenza un po' alla volta o avete studiato. Il vostro talento è un dono che avete appreso da vostro nonno, ma avete poi approfondito questo sapere o è solo "rivelato"?

I-Ho fatto delle ricerche, foglia su foglia per capirne le proprietà. Il mio eccitante è già partito in America, lo hanno analizzato ed hanno rilevato che è molto forte e che non porta malattie. Mi hanno detto di continuare e che tra un anno verranno qui a trovarmi.

C- Chi?

I- Degli scienziati americani.

C- I guerisser come lei possono fare envoutement? Lei è in grado di fare un envoûtement e di inviare le malattie ad alti?

I-Sì, ma non voglio farlo. Io sono un sacerdote del Fâ. Per fare un envoutement si prende uno specchio si fa colare del sangue sopra e si ride forte. Io non faccio queste cose, anche perché se accetti questo domani la tua casa sarà una casa maledetta, se uccidi oggi, domani le persone vorranno uccidere i tuoi figli, se prendi la terra di un altro, domani si vendicheranno sui tuoi figli. Il fatto che io mi rifiuto di fare queste pratiche ha diminuito l'evoluzione del mio lavoro qui; se avessi fatto l'envoûtement, avessi fatto morire delle persone, avessi realizzato la separazione dei corpi qui avrei avuto moltissime persone. Io non faccio del male e cerco di

non essere accessibile a coloro che so che potrebbero prendermi per un ciarlatano e denunciarmi alla polizia, chiedendo almeno 10 mila franchi per consultazione.

C-Sono più care le sue cure o quelle dell'Ospedale?

I- Alla farmacia i medici moderni costano di più ma per giungere alla guarigione io prendo a partire da 10 mila franchi per le piccole malattie. Io do dei tempi: se in 10 giorni o in 15 non è giunta la guarigione manderò il mio malato all'Ospedale. Ma se non riuscirà a guarire tornerà da me. Anche il presidente Soglo ebbe un problema grave si salute, si recò ovunque: in America, in Francia, ma solo quando si rivolse al gruppo dei Medici Tradizionali guarì. Questa è una delle ragioni per cui la politica beninese ha inclinato per il recupero delle medicine tradizionali e la loro modernizzazione.

[La conversazione si conclude con ringraziamenti e saluti]

INTERVISTA 18

Intervista al Direttore del Dipartimento di Sociologia-Antropologia dell'Università di Abomey-Calavy Roch Hounghin

C-Buongiorno professore, la mia ricerca verte sullo studio della cura tradizionale in Bénin, un aspetto dello studio segue il filo conduttore del tema dell'esclusione sociale: mi interessa infatti comprendere se vi sono delle malattie che determinano secondo la tradizione culturale beninese un'esclusione del malato dalla famiglia, dalla società, dalla tribù.

I-L'elefantiasi esiste, ma è rara.

C-La malattia mentale?

I- La malattia mentale quando diventa violenta prevede che le persone siano incatenate agli alberi, ma ormai è una tradizione in disuso, i malati sono liberi nella comunità o vengono mandati a curarsi. A volte i parenti lasciano i malati dai guaritori e non vanno più a riprenderseli.

C-Le donne che non possono avere figli sono escluse?

I-Sì l'infertilità è una grande forma di esclusione.

C-Il bambino tohossu?

I- Sì, è vero. Conosce molte cose delle nostre tradizioni. I bambini Tohossu vengono nascosti, ce ne son davvero molti. Le famiglie li chiudono nelle stanze e non li fanno mai uscire, anche nella città di Cotonou, non solo nelle tribù. I parenti hanno vergogna di mostrarli.

C- È vero che il concetto di esclusione è cambiato: oramai non vengono più uccisi i bambini, ma li si nasconde, i malati mentali non vengono più legati, ma al più abbandonati nei centri di cura: si registra una modernizzazione delle tradizioni?

I-Sì. C'è molto più controllo dello Stato, non vengono più uccisi i bambini, altrimenti si va in prigione, piuttosto li si abbandona negli orfanotrofi, li si lascia in casa, a volte anche in delle gabbie all'interno delle case, ma non li si uccide più.

C-Grazie per queste delucidazioni sui miei temi di ricerca, ma veniamo a Lei che è il Coordinatore Nazionale del Programma Nazionale della Farmacopea e della Medicina Tradizionale. Chi decide nelle famiglie che un malato debba rivolgersi alle cure di un medico moderno o di un guaritore? È il malato stesso o è la famiglia che decide?

I-Una donna malata non può rivolgersi ad un guaritore, perché quando una donna sola si reca da un guaritore c'è sempre un rischio che lui la possa aggirare o manovrare per farla diventare la sua donna. In ogni caso non decide lei neanche di rivolgersi all'Ospedale: è sempre il marito che decide o la suocera. La donna non ha potere di decisione. La donna è sposata ad una famiglia, non sposa un individuo.

C-Il marito, invece, può decidere da solo?

I-Sì, perché è sempre un problema finanziario.

C-Chi è il guaritore? Ha a che fare con la religione Vodun? È uno sciamano? O sono delle persone riconosciute dal ministero che curano con delle piante nella forma di fitoterapia, omeoterapia? C'è della spiritualità o dei fondamenti razionali? O quello di incardinarli nel sistema sanitario nazionale è solo un mezzo per lo il Ministero per far vivere la tradizione e, allo stesso tempo, la razionalità della cura?

I-Non è proprio così. Ci sono due tipi di guaritori: i fitoterapeuti che curano con le foglie, con le piante, con elementi del regno animale, del regno vegetale e del regno minerale. Possono andare nei laboratori per fare i preparati per trattare le malattie. Poi ci sono gli spiritualisti. Spesso la stessa persona incarna la due figure: utilizza le piante e, allo stesso tempo, fa la consultazione del Fâ per capire se la malattia è naturale o è stata provocata, fa dei rituali. Se con la consultazione si rileva che la malattia è stata provocata non serviranno le piante a curarla, bisogna comunicare con gli dèi, con gli spiriti e fare dei rituali, cioè sacrifici di capre, mucche, polli, delle cerimonie.

C-Questi rituali sono legati al Vodun?

I-Sì questi rituali si o anche la scarificazione sulla pelle, sul corpo o dei bagni con delle piante, molte di queste pratiche sono mescolate con la spiritualità e con la religiosità.

C-Se un malato ha un problema che può essere curato solo dalla medicina moderna: ad esempio per un grosso gozzo c'è bisogno della chirurgia, ma per la tradizione o per la volontà della famiglia il malato dovrà rivolgersi al guaritore, il guaritore cercherà di curarla con piante o rituali o manderà il malato in Ospedale?

I-Dipende, ci sono dei guaritori che curano malattie di cui ci sarebbe bisogno della chirurgia, come le fratture ad esempio. Non è molto complicato per loro, ma se lo è non hanno problemi a mandare i malati negli Ospedali moderni. In ogni caso faranno delle consultazioni e capiranno se si tratta di una malattia provocata o naturale.

C-Dunque ci sono delle differenze tra i guaritori che il Progetto del Ministero sta cercando di riconoscere e i guaritori spirituali che si trovano nelle tribù.

I-Sì, il Ministero non approva le terapie spirituali perché non ci sono delle prove e non è possibile fare delle analisi. Anche se i guaritori praticano anche delle forme di cura spirituali qui riconosciamo solamente le loro pratiche terapeutiche fatte con le piante per curare ad esempio la malaria o le malattie collaterali dell'HIV, il diabete, l'ipertensione, le emorroidi, la sinusite etc. [il professore mostra una serie di ampole con dei preparati a base di piante]: queste sono le piante, questo è quello che noi riconosciamo, ne studiamo l'efficacia, le posologie e i dosaggi di somministrazione. In Bénin ci sono quasi 11000 guaritori, io li conosco tutti, ma qui al Ministero riconosciamo solo gli aspetti fisici dei loro trattamenti, quelli legati alle piante.

C-Come riconosce un guaritore da un ciarlatano?

I-Oh, sono molto numerosi, ne è pieno il Paese e sono sempre più numerosi perché la medicina detta moderna qui in Africa o, meglio in Bénin, non riesce a curare moltissime malattie come l'epatite, il cancro, e le persone muoiono. Così i ciarlatani dicono di poterle guarire il cancro, il cancro alla prostata, l'epatite, ma non è vero. Certo la medicina moderna è davvero molto cara, per cui chi non ha i mezzi è obbligato a rivolgersi ai guaritori, spesso i trattamenti dell'ospedale sono molto lunghi, e anche per curarsi prima le persone si rivolgono ai guaritori. Ma in generale le persone muoiono per queste malattie croniche gravi.

C-Costa di più la medicina tradizionale o quella moderna?

I-Dipende. Al villaggio non costa molto la medicina tradizionale, per trattare ad esempio la malaria, anche le fratture. Basta portare anche di doni al guaritore: capre, polli, mais e lui curerà il malato, non è una questione solo di prezzo, ma anche di prestigio per lui. A volte i guaritori fanno anche altri lavori contemporaneamente, come gli artigiani del legno. Ma in città costa molto. Penso ad esempio al Centro Seyon di Cotonou un'epatite costa 400.000 franchi. A volte è una truffa, altre volte hanno investito nelle analisi dei medicinali presso i laboratori, quindi effettivamente hanno speso molto per i loro preparati ed è giusto che li facciano pagare di più.

C-Perché, allora, le persone dovrebbero rivolgersi alla medicina tradizionale se costa quanto quella moderna?

I-Il costo non è l'unico fattore della scelta. Ci sono altri fattori, se la malattia è naturale possono rivolgersi all'ospedale, ma se è provocata non possono fare altro che rivolgersi alla medicina tradizionale.

C-In che percentuale le persone si rivolgono ai guaritori tradizionali?

I-Qui in Bénin l'80%.

C-Come mai per lei è così alta questa percentuale?

I-Generalmente costa di meno, l'accoglienza del malato è migliore dai guaritori: in ospedale c'è una pessima accoglienza, lunghe liste d'attesa, e molta inospitalità. Inoltre la medicina dei guaritori è olistica, mentre in ospedale viene trattato solo il malessere fisico.

C-C'è qualcuno che si rifiuta di rivolgersi alla medicina moderna?

I- Molti, io stesso tendo a non preferirla perché è altrettanto efficace la medicina tradizionale ed è più vicina al malato.

C-Se la medicina tradizionale è in qualche modo legata alla religione Vodun, i Cattolici non si rivolgono ad essa?

I-È interessante questa domanda: i cattolici sono più aperti, mentre ci sono altre religioni cristiane che non lo sono altrettanto. Presso i beninesi c'è molto sincretismo: tutti fanno entrambe le cose, vanno in chiesa e poi dai guaritori tradizionali a fare delle consultazioni.

C- Ci può essere un ruolo di sensibilizzazione alle cure da parte dei guaritori?

I-Sì, certo, in particolare sono orientati dal Ministero alla sensibilizzazione della popolazione all'utilizzo della vaccinazione. Loro, infondo, hanno un potere politico molto importante giacché se dicono una cosa al loro gruppo di appartenenza tutti li seguiranno. Riescono ad aggirare le resistenze della popolazione: se il guaritore rifiuta i vaccini nessuno vaccinerà i propri figli, li nasconderanno nella foresta per non farli vaccinare, ma se loro si persuadono dell'opportunità del rimedio allora tutti lo faranno. Inoltre si cerca di formare i guaritori a intendere i primi segni delle malattie: ad esempio la tubercolosi, se loro sono in grado di individuarla per tempo e chiamare immediatamente i medici moderni la malattia potrà essere trattata per tempo. Questa è una forma di collaborazione tra la medicina tradizionale e moderna. Anche per la pianificazione familiare per distanziare le gravidanze i guaritori hanno un ruolo fondamentale: essi, infatti, sono formati a sensibilizzare i loro gruppi su tale questione. Inoltre li formiamo sui concetti di igiene: quando fanno le scarificazioni, le incisioni devono utilizzare una lama per ciascuna persona, altrimenti aumenta il rischio di trasmettere patologie come l'HIV. Abbiamo loro insegnato anche a riconoscere i segni della malaria avanzata: quando ad esempio il bambino ha delle convulsioni o ha episodi di letargia, lui non può trattarla quando è grave, deve rivolgersi ai centri di salute.

C-Un guaritore di un villaggio che, mediamente guadagna abbastanza, perché le persone gli portano dei beni in natura o denaro, perché dovrebbe confidare i suoi segreti al Ministero o ad altri. Sensibilizzare i guaritori è un'attività fondamentale, ma no rischia di essere univoca: la modernità che integra la tradizione, ma quale è il vantaggio del guaritore di rivelare i propri segreti.

I-Non chiediamo loro di rivelarci i loro segreti. Quelli non li diranno mai ad altri se non ai loro figli. Io non conosco le formule necessarie per preparare tali medicinali.

C-Non studiate chimicamente il preparato per individuarne la posologia?

I-Sì, ma non conosciamo la formula. Conosciamo i componenti, ma non come il guaritore li ha mescolati insieme, le dosi, etc. Noi aiutiamo i guaritori facendo delle analisi cosicché i medicinali possano essere venduti nelle farmacie, ma non conosciamo le formule di preparazione. Noi facciamo le analisi, li controlliamo e diamo loro un certificato con il quale loro commercializzano i loro medicinali nelle farmacie. Negozano loro stessi con i farmacisti per il prezzo: se li vendono a 2000 franchi, le farmacie li venderanno a 2500.

C-Per lei è dunque possibile raggiungere una collaborazione tra la medicina tradizionale e quella moderna per lei?

I-Sì, abbiamo avuto negli anni molte felici collaborazioni tra le due forme di medicina. Una volta un guaritore a provato ad andare a lavorare in un centro di salute dove c'erano medici e infermieri, ma questo non ha funzionato perché gli infermieri lo lasciavano in disparte. Non aveva un salario perché non era reclutato dallo stato dal momento che non abbiamo ancora realizzato un corretto meccanismo di collaborazione. Evidentemente perché questo meccanismo funzioni c'è bisogno che il guaritore che entra nei centri di salute per curare abbia un salario fisso, ogni mese. Una possibilità di collaborazione è che il guaritore mandi dal villaggio i malati ai medici moderni che sono nell'Ospedale.

INTERVISTA 19

Intervista al Capo dell'Associazione dei pazienti dializzati (Association Dialyse-Vie A. DV-Benin) Raimi Mohammed Titos

C- Salve, io sono qui per studiare il rapporto tra la medicina tradizionale beninese e la medicina moderna, dunque per me sarebbe importante come i malati si rapportano alla medicina, quando e per quale ragione si rivolgono ai guaritori tradizionali prima di farsi visitare dai medici moderni e mi interesserebbe anche capire per la nefrologia in particolare quali sono i rimedi utilizzati dalla medicina tradizionale atteso che uno dei problemi principali causato dall'abuso di tisane tradizionali è il blocco renale. Vorrei inoltre capire se le cure tradizionali effettivamente possono arrecare beneficio ai pazienti, nel caso specifico dializzati, oppure se ritardano le cure e peggiorano una situazione già precaria.

I- È giusto quello che Lei ha constatato: la maggior parte dei malati prima di venire all'Ospedale si rivolgono ai guaritori tradizionali; tutto si spiega perché prima in Bénin non si conosceva la malattia del rene, la nefrologia. Dal punto di vista sociologico la società è permeata dalla presenza degli antenati: ci sono dalle nostre parti quelli che noi chiamiamo i divieti ["les interdits"]; dunque se ad esempio una donna commette adulterio nella famiglia gli spiriti, *fetishes*, la attaccheranno e la persona inizierà a gonfiarsi, cioè ad avere un edema. In quel momento se la donna lo confessa di aver commesso l'adulterio allora si prendono e foglie per i medicinali e le potrà guarire. Tutto ciò viene confuso con la malattia renale cronica, dal momento che anche essa comporta che il rene smette di funzionare e la persona si gonfia. Qui fino a poco tempo fa non si conosceva la malattia renale, per cui se ad esempio una donna iniziava a gonfiarsi veniva accusata di adulterio o se viene colpito un uomo, mentre la donna resta normale si dice che la moglie è responsabile dell'adulterio, ma il fetish ha colpito l'uomo... è così che i malati perdono tempo.

C- È sempre colpa delle donne...?

I- No no, da noi si dice che quando una donna commette adulterio e prepara del cibo al marito se lui ne mangia inizierà a gonfiarsi fino a morire o se lei commette adulterio e mangia alcuni cibi si gonfierà e morirà lei stessa. La malattia renale cronica ha gli stessi sintomi: le persone pensano che abbia una causa magica o mistica, ed è per questo che si rivolgono ai guaritori prima di andare in Ospedale.

C- Ma il costo delle cure dei guaritori tradizionali e quello dei medici moderni è lo stesso?

I- Il guaritore non cura l'insufficienza renale, non la conosce.

C- E mai dice di poter guarire?

I-No, dice di poter provare a farlo e chiede in cambio pecore, polli, galline, uccelli ... ma è solo un modo di truffare il malato, quando poi si accorge che non è possibile far niente è il guaritore stesso che indirizza il malato in Ospedale.

C- All'Ospedale i pazienti come vivono questa malattia "recente" perché fino a poco fa non era conosciuta?

I- Si è recente, la nefrologia in Bénin ha avuto inizio nel 1997, prima non c'era nessuna parte del Paese.

C- Come un paziente vive il trattamento: il dover essere attaccato alle macchine per tante ore, la dialisi stessa come “pulizia del sangue” comporta delle difficoltà per la cultura locale?

I-Ormai la dialisi c'è qui da quasi 20 anni, all'inizio le persone avevano dei sospetti, ma quando hanno iniziato a vedere che funzionava non hanno avuto problemi e hanno capito che prima si sbagliavano. Ad oggi ci sono abbastanza nefrologi ed è possibile fare le analisi del sangue rapidamente: quando ci si accorge che la creatine mia è alta vengono direttamente qui.

C-Quanto costa al malato il trattamento di dialisi.

I-La dialisi costa molto, ma il governo con il presidente Kerekou lo ha reso un trattamento gratuito per tutti coloro che hanno un'insufficienza renale cronica. Nessuno paga, lo stato paga per loro, sovvenziona.

C- Quale pensa sia il problema relativo all'insufficienza renale? La scarsa conoscenza della malattia e del trattamento dialitico presso le tribù dei villaggi? C'è adeguata sensibilizzazione diffusa su tutto il territorio?

I- È proprio questo il lavoro della nostra Associazione. Noi cerchiamo di fare ogni anno la “Giornata del rene” in cui si fa il depistaggio precoce delle persone: ci mettiamo a disposizione per tutto il giorno, si fanno esami dell'urina, della pressione per capire se c'è qualcuno che ha l'insufficienza renale. In questa stessa giornata si approfitta per fare anche una campagna informativa, chiarendo ai malati cosa bisogna fare e cosa invece bisogna evitare. Se le persone sospettano di avere un problema ai reni vengono da noi e noi diamo dei piccoli consigli dietetici per non aggravare la malattia.

C-I consigli dietetici sono importanti proprio perché nelle tribù vi sono numerosissimi divieti alimentari? Dunque sussiste il problema culturale per cui è fondamentale la sensibilizzazione?

I- Bisogna considerare anche che la nostra dieta è molto particolare e certo diversa da quella europea, ma con le ricerche scientifiche condotte all'Università sugli alimenti che noi mangiamo abbiamo potuto comprendere che come gli alimenti ricchi in potassio sono il nemico principale dei malati di insufficienza renale ci sono altri alimenti che fanno bene e noi spieghiamo anche come bisogna prepararli.

C- Non ci sono motivi culturali di rifiuto di alcuni alimenti: le persone seguono senza problemi i consigli alimentari?

I- I divieti alimentari ci sono perché si pensa che quei determinati alimenti comportino un peggioramento della malattia, ma è difficile dire quali alimenti vengono vietati, dipende molto dalle tradizioni, qui vengono persone da tutto il Paese, anche di diverse razze, etnie e nazionalità che hanno abitudini differenti, tuttavia bisogna cercare di gestirle al meglio.

C- Questo è l'unico centro di dialisi di tutto il Bénin?

I- No, ci sono in totale quattro centri nel Paese: questo è il primo che ha un'altra sede, quella di Avrankou e ci sono un paio di iniziative private a Cotonou. Ma il Progetto è di aumentare il numero delle sedi per avere una diffusione adeguata in tutto il Bénin.

C- È certo curioso che nonostante i trattamenti siano gratuiti gli abitanti delle comunità tribali preferiscano rivolgersi dappprincipio ai guaritori tradizionali.

I- È una questione di informazione. Bisogna spiegare che non ha senso rivolgersi ai guaritori tradizionali per questo tipo di patologia e sociologicamente bisogna mostrare che ad esempio se lei inizia a gonfiarsi non è una *sorcière*. Qui la prima reazione quando abbiamo un problema è pensare che il malato è colpevole di aver commesso qualcosa o che qualcun altro gli ha inviato il male, pertanto si ritiene che bisogna rivolgersi a qualcuno di più forte per neutralizzare questo male. Bisogna sensibilizzare sulla malattia per far intendere che non ha a che fare con la *sorcellerie*.

INTERVISTA 20

Intervista a M.me Gras, Impiegata press l'Ospedale La Croix di Zinvié

C- Salve signora, Le illustro brevemente il motivo dell'intervista. Avrei bisogno di conoscere più da vicino le tradizioni locali beninesi, in particolare seguendo il tema dell'esclusione sociale, ovvero di tutte quelle "motivazioni sanitarie" che sono seguite dall'allontanamento e disconoscimento del gruppo di appartenenza. Penso ad esempio ai bambini con malformazioni detti "*tohossu*", ma vorrei conoscere anche altri casi in cui la malattia causa la messa ai margini di una persona dal gruppo e sapere se lei ritiene che nei tempi moderni sia possibile – e in che modo – superare tali pratiche.

I-Beh al sud del Bénin non c'è molta esclusione, questo accade molto di più al nord ad esempio quando un bambino nasce con un dente oppure viene alla luce dai piedi lo si considera un *sorcier*, capace di portare sventure alla famiglia e lo si esclude dalla comunità, il che vuol dire che lo si conduce nella foresta (non lo si uccide, ma lo si abbandona) e le donne, se sono cresciute in un contesto tradizionale, fanno tutto ciò che la gente dice loro, pertanto si convincono della giustizia del gesto, ma se sono cresciute in un contesto più moderno cercano di negoziare si fa in modo di far adottare il bambino. In ogni caso non è facile per le madri lasciar morire il proprio figlio. Al sud accade una cosa ben diversa, quando nasce un bambino con le caratteristiche che ho detto o una grande testa viene considerato un *fetish* che è considerato portatore di buona sorte e lo si adora. Il *tohossu* ha poteri sovranaturali, è abitato da spiriti che hanno poteri sovranaturali, quindi qui di solito viene venerato: ad esempio se lo incontri per strada e hai un dolore alla schiena e lo saluti, dopo poco quel dolore passerà. In ogni caso è anche vero che oggi i tempi sono rivoluzionati: accade che anche al nord che i bambini vengano abbandonati di meno, vengono piuttosto portati nei centri che li accolgono.

C-Rispetto ai bambini con la cheiloschisi è lo stesso?

I-Mah sì, dipende molto dalle tradizioni familiari, per alcuni è una vergogna, si pensa che siano abitati da spiriti negativi: questa accade per tutte le cose che le persone non capiscono, come tutte le malformazioni congenite, non comprendono il fenomeno e lo ascrivono al maleficio. L'africano in generale rispetto a tutte le cose che non riesce a spiegare viene ricondotto al sovranaturale, positivo o negativo.

C-Dalle mie ricerche ho appreso che un'altra forma di esclusione è perpetrata nei confronti delle donne: le donne che non possono avere figli o che per un tumore hanno subito l'asporto dell'utero sono escluse, o rese sostituibili nella misura in cui il marito è autorizzato a sposare un'altra donna. È vero, oppure la malattia è accettata e non c'è questa forma di esclusione?

I-Non c'è esclusione, ma il problema fondamentale è che gli africani non si sposano se non conoscono bene la situazione della donna, se sanno che non ha l'utero non la sposano. Qui c'è

l'amore all'interno di una coppia, ma non è un elemento fondamentale del matrimonio, non è una priorità, la priorità sono i figli. Così se una donna ha problemi ad avere figli nessuno la sposa o se è già sposata, il marito può anche decidere di accettarla e di non avere figli, ma la famiglia farà pressione e lo obbligherà a prendere un'altra donna. Questo non vuol dire che la prima moglie viene esclusa dalla famiglia o dalla casa, ma che un uomo avrà due mogli. Ci sono altri parametri per l'esclusione di una donna, ad esempio se ha un comportamento considerato negativo.

C-E nel caso in cui è il marito ad essere sterile la donna può prendere un altro uomo?

I- Qui si pone il problema: la donna non può sposare un altro uomo. La donna non è autonoma. L'uomo attribuisce comunque alla donna la colpa della sterilità e si allontana, prendendo un'altra moglie oppure resta con la moglie la quale è obbligata a sottomettersi a lui, non può lasciarlo per prendere un altro uomo. Ma, ripeto, è una situazione davvero molto rara, perché l'uomo darà sempre le responsabilità alla donna. Se la donna è di un livello culturale elevato può chiedere il divorzio, ma non nei contesti tribali.

C-Per quanto concerne, invece, altri casi di esclusione ho sinora compreso che anche la malattia mentale è foriera di allontanamento dal gruppo anche attraverso la pratica del legare i malati agli alberi, ma rispetto ad esempio ai malati di HIV, anche in questo caso si verifica l'esclusione? Ad esempio i sieropositivi comunicano alla comunità la loro malattia o ne fanno segreto?

I-In verità in rapporto all'HIV c'è davvero stata moltissima sensibilizzazione negli ultimi anni, ovunque mostrano persone sieropositive e sottolineano che non possono contaminare se non attraverso rapporti sessuali non protetti. Ci sono ad oggi molti malati di HIV che lavorano il che vuol dire che ad un livello sociale più elevato è molto rara l'esclusione dei sieropositivi, nel contesto rurale è più frequente che chi ne è affetto tenga riservata la cosa.

C- E, invece, rispetto ai lebbrosi?

I-Le persone affette dalla lebbra si recano presso dei centri e vi rimangono anche degli anni: non è un'esclusione, devono recarsi lì per essere curati, se ritornano in famiglia presto non li si esclude, ma li si guarda con sfiducia.

C-Un altro soggetto di interesse per il mio lavoro è il rapporto tra la medicina tradizionale e quella moderna: ho capito che c'è un programma del ministero per integrare i guaritori tradizionali nel sistema di cure ufficiali, ma non mi è ancora ben chiara la figura del guaritore perché ho incontrato alcuni che fanno fitoterapia, tisane con le piante in dei centri anche riconosciuti, ad es. ne ho visitato uno in particolare a Cotonou, e degli altri, meno ufficiali, come un guaritore che ho incontrato nella foresta che pure ha detto di curare con le piante. Ma allora la figura del guaritore [*guerisseur*] è sovrapponibile a quella del *feticheur* oppure no? E poi è possibile davvero un'integrazione tra medici moderni e guaritori o questi ultimi

conserveranno sempre i propri segreti e, poi, che vantaggio ha un guaritore ad essere riconosciuto dallo stato?

I- Inizialmente bisogna dire che l'influenza della medicina occidentale si scontra con il forte radicamento della medicina tradizionale e la sua efficacia: un guaritore può curare l'HIV, ad esempio, con le piante. Io ad esempio non credo troppo alla medicina tradizionale, non ci credo.

C- Lei parla di credere ad una medicina, è un po' come una fede? Ha quindi ha che fare con il Vodun?

I- No, il Vodun è diverso dalle capacità del guaritore, ma le due cose possono mescolarsi: il Vodun che lui adora e i rimedi delle piante. Spesso i guaritori dicono che il Vodun ha loro indicato il punto in cui trovare una pianta specifica per la cura di una data malattia. In ogni caso non si può dire al 100% che quella dei guaritori tradizionali è una cura del tutto naturale. Poi per quanto riguarda i Centri, quelli che si trovano in città fanno delle ricerche sulle piante che comportano degli studi non solo riconosciuti a livello nazionale, ma anche internazionale. Sono studi che indicano la posologia di alcuni medicinali tradizionali, studiano i principi attivi delle piante etc. Se sono studi validi il Ministero li autorizza ed è un po' come un'industria di piante naturali, ma non possono essere messe in commercio se lo Stato o il Ministero non è sicuro al 100% che siano delle cure naturali efficaci: lo stato non accetta prodotti o medicinali non naturali né di efficacia dimostrata. Se ci sono persone che fanno dei prodotti non dimostrati, magari sono efficaci, ma non sono riconosciuti, così se conducono qualcuno alla morte non è responsabilità dello stato.

C- Tra il rivolgersi ad un medico moderno o ad un medico tradizionale c'è una differenza di costo, perché il primo è più caro, ma tra la medicina tradizionale riconosciuta dallo stato e quella dei guaritori dei villaggi quale è più costosa? A quale delle due si rivolge prevalentemente la popolazione? E tra la medicina tradizionale e quella moderna perché le popolazioni scelgono la prima, solo per un problema di costi o anche culturale?

I- Ci sono una serie molteplice di malattie che la medicina occidentale non riesce a guarire, mentre quella tradizionale talvolta sì, perché ha moltissime piante. In ogni caso secondo il contesto tradizionale la malattia deriva da un male che non è inteso in senso clinico, ma spirituale. Quando si parla di un qualcosa di spirituale può avere un versante positivo ed uno negativo. Ci sono del resto alcuni medici moderni che quando non riescono a trovare una cura per la malattia loro stessi inviano i malati dai medici tradizionali.

C- Ma nelle tribù chi decide delle cure: ciascuno per se stesso o la famiglia, per la donna e i figli il marito. C'è autonomia decisionale oppure no? E vale per tutti?

I- Se una persona è malata e ha già speso molti soldi dai medici occidentali, la famiglia può intervenire perché non vuole perdere il proprio caro e lo convince a rivolgersi anche ai guaritori tradizionali. In ogni caso la famiglia partecipa delle decisioni del gruppo e certo i

mariti aiutano le mogli anche perché nella maggior parte dei casi sono loro che pagano. Se le donne decidono liberamente di andare dal *charlatan*, senza il consenso del marito e della famiglia, devono andarci di nascosto. Se il marito le scopre sorgono dei seri problemi: qui è interdetto alle donne di andare dal *charlatan* perché si pensa che conduca la donna a fare alcune cose che possono determinare i comportamenti degli altri: ad esempio il *charlatan* dice alla donna se prendi questa polvere, a tuo marito le cose andranno meglio... Ci sono anche in Occidente cose del genere no? In ogni caso la donna per andare da un *charlatan* deve farlo di nascosto, non potrà farlo in maniera ufficiale.

C- Se ho ben capito una vera autonomia rispetto alle scelte sanitarie non esiste.

I-No, esiste, nel senso che se la famiglia ad esempio a me impone di prendere un medicamento io posso dire di no. Una volta io ho rifiutato di andare dallo chaman e non è stato semplice, ma l'ho fatto. La famiglia insisteva per il mio bene perché pensa che i guaritori tradizionali arrivino dove la medicina occidentale non riesce, ma io sono cristiana e non ho voluto. In ogni caso bisogna tener conto che le famiglie sono sempre meno animiste e sempre più cristiane, il che però non esclude che continuino a rivolgersi ai guaritori tradizionali. In ogni caso non sono solo i mariti o i genitori che intervengono nelle decisioni di cura, ma anche gli zii, i cugini, dunque tu non sei indipendente. Quando una donna si sposa il marito decide, ma fino ad un certo punto. Se la moglie si ammala lui deve darle del denaro, se lei rimane più giorni all'Ospedale ad un certo punto inizieranno ad arrivare alcuni membri della famiglia, per osservare, rendersi conto se le cure sono efficaci o se è il caso di portarla a casa. La madre di lei ha più potere della famiglia del marito e se decide che la figlia deve continuare le cure in ospedale è lei che bisognerà ascoltare.

C- Dunque la madre della donna o, comunque, la sua famiglia di provenienza ha più potere decisionale del marito e della sua famiglia?

I-Sì. Perché se la donna muore la perdita più grande l'avrà la madre, poi il padre, le sorelle e la sua famiglia. Il marito, invece, dopo la morte della moglie può prendere un'altra donna. Ma se rispetto alle cure della donna il marito rifiuta delle decisioni della famiglia di lei (ad esempio di andare da un guaritore tradizionale o di proseguire le cure in ospedali) e qualcosa accade alla donna è lui che paga le conseguenze, perché lui l'ha uccisa. Dunque sarà malvisto dalla famiglia di lei perché è ritenuto responsabile della sua morte.

[L'intervista si conclude ma ci si propone di continuarla in un secondo momento]

INTERVISTA 21

Intervista ad Olivier, medico chirurgo francese dell'Ospedale La Croix di Zinvié

C- Salve dottore, lei è ormai operativo in Bénin da molti anni: potrebbe dirmi come interagiscono la medicina tradizionale e quella moderna? Ricorda un caso in cui un paziente curato da un guaritore si è poi rivolto all'ospedale e la sua condizione di salute era peggiorata?

I- Ad esempio quando curiamo l'Ulcera del Buruli ai bambini, molti si rivolgono ai medici tradizionali (ce ne sono molti qui attorno all'Ospedale) i quali utilizzano delle piante per curare la malattia. Una volta arrivò uno qui che aveva tutta la gamba colpita dalla malattia, ma che era stato curato con piante e aveva sulle gambe delle foglie di banano. Ci si rende conto che è l'empirismo: la loro medicina tradizionale è empirica, non ci sono libri, né documenti. Qui, fino a questo momento il sapere tradizionale si trasmette di guaritore in guaritore oralmente, non c'è niente di scritto, dunque è molto difficile fare uno studio sulla medicina tradizionale africana o beninese. Dal punto di vista scientifico non è valutabile: con questo non intendo dire che non sia possibile che rispetto ad alcune malattie che noi non riusciamo a curare, soprattutto malattie della pelle, le cure tradizionali possano avere un effetto positivo. Ci sono alcuni tra i guaritori che sono medici tradizionali particolarmente bravi: in effetti probabilmente sono state loro trasmesse delle tradizioni dai loro parenti che si fondano sull'esperienza pregressa. Una volta ricordo che noi non riuscivamo più a curare una malattia della pelle e loro hanno trovato le piante necessarie per guarire, ma questo è un caso veramente eccezionale. In generale le persone che vivono nelle campagne attorno all'ospedale in caso di malattia si fanno prima visitare dai medici tradizionali perché non hanno denaro per pagare l'ospedale e anche perché lo prevede la tradizione, ma ciò è molto negativo perché perdono tempo ed anche soldi perché dovranno pagare i guaritori con dei beni materiali, spesso animali: un pollo, una gallina ... E quando la cura non funziona vengono, solo dopo una settimana o dieci giorni, all'Ospedale, ma è troppo tardi; molto spesso è troppo tardi. Ci sono molti guaritori che fanno delle scarificazioni Vodun sui malati: ad esempio se una persona ha male al ventre va dal feticheur il quale pratica delle incisioni per far uscire dal ventre lo spirito maligno [*mauvais esprit*]. Le scarificazioni si fanno sulla pelle, sono superficiali, non profonde, ma a mio avviso è ... una perdita di tempo.

C- Ho potuto apprendere che il Ministero della Salute ha condotto uno studio ed ha anche finanziato un programma che prevede un'integrazione dei guaritori nel sistema di cura moderno. I guaritori sono così riconosciuti ufficialmente. Secondo lei questa forma di riconoscimento della medicina tradizionale è anch'essa una perdita di tempo: secondo lei sarebbe preferibile intensificare la diffusione e la sensibilizzazione della medicina moderna?

I- No. Personalmente non ho condotto mai studi sulla medicina tradizionale in Bénin anche perché non ripongo molta fiducia in essa [*je n'y crois pas trop*]. Sicuramente le piante hanno un effetto medicinale, ma io non le conosco, tuttavia credo che la nostra medicina è molto più tradizionale della loro. La nostra risale ad Ippocrate che, al V secolo prima di Cristo, ha cominciato a descrivere le malattie, ha iniziato anche lui dalle foglie e poi ha fondato una scuola, la prima scuola di medicina, la scuola di medicina ippocratica e che ha fondato un

sapere che si è trasmesso di generazione in generazione. In Africa non hanno questo tipo di tradizione: il solo Paese che in Africa ha una grande tradizione di medicina è l'Egitto, l'Antico Egitto; difatti il primo libro di anatomia è stato scritto dagli egiziani. Tutto questo non si può trovare nell'Africa nera perché qui non ci sono i mezzi che abbiamo noi per fabbricare i medicinali né per individuare il principio attivo di una determinata pianta: loro vanno a tentativi, provano, talvolta funzionano, talaltra no. Ad esempio quando io sono arrivato qui, dopo tre mesi ho contratto l'epatite virale, sapevo di non avere medicinali, quindi mi sono rivolto anche io ad un medico tradizionale: mi ha dato una specie di salsa che dovevo prendere per dieci giorni. Non ha avuto alcun effetto. Ce ne sono altri che propongono delle tisane fatte con delle radici che prendono tutti adulti e neonati ad esempio per calmare i dolori addominali, ma possono avere un effetto drammatico, come condurre all'insufficienza renale, dei blocchi intestinali. Il problema è che loro non conoscono le dosi di tali medicinali, si tratta di una medicina empirica che noi abbiamo superato già da molto: noi abbiamo registi diagnostici con tutte le indicazioni, le posologie, è questo che i medici di qui devono apprendere, le dosi, le implicazioni, etc., questa è per me la medicina di oggi e del domani. Potete domandare anche a Suor Clarissa che si occupa qui dei neonati: quando un neonato non sta bene qui usano dargli delle tisane che possono causare delle perforazioni. Abbiamo operato qui a Zinvié molti casi del genere di neonati con perforazioni causate dalle tisane, quindi in definitiva il mio giudizio sulla medicina tradizionale è negativo.

C- Per quanto concerne il tema dell'esclusione: ricorda casi di malati che sono stati esclusi a causa della loro patologia dalla comunità?

I- Dalla mia esperienza posso dire che è molto forte il legame familiare: qui vedo che i familiari accompagnano sempre i malati in Ospedale e restano al loro fianco, poi, se i malati sono troppo gravi e non resta altro da fare che rimandarli a casa, i familiari continuano ad occuparsene a casa, ma questa è una regola generale, ve ne sono altri che li abbandonano, ne abbiamo visti. In verità l'esclusione esiste, ma rispetto ad alcune malattie in particolare. Ad esempio rispetto all'HIV: se una donna ha l'HIV spesso viene abbandonata ed esclusa. Certo non sempre, ma è abbastanza frequente. Anche rispetto al cancro al seno si verifica una sorta di esclusione, ma un po' differente: non vogliono che venga rimosso il seno. Rifiutano la mastectomia, perché pensano che se rimuoviamo il seno la donna morirà. Non ne conosco la ragione, ma dicono così: è chiaro che se il cancro è ad uno stadio avanzato, anche nel caso in cui si procede con la mastectomia, la malattia magari ha già colpito altri organi e la donna morirà ugualmente dopo poco, e probabilmente per questo loro spesso rifiutano l'operazione. È per questo molto difficile, quando ci accorgiamo di un piccolo nodulo al seno, convincere la malata a procedere con la mastectomia, ma questo qui è l'unico trattamento possibile qui, la chirurgia. In verità c'è la possibilità di fare della chemioterapia a Cotonou, ma è molto cara e non ha sempre buoni risultati, non c'è ancora molta esperienza in merito.

C- E rispetto all'utero? Se dovete asportarlo ad esempio per un cancro, ci saranno delle conseguenze per la donna, quando farà ritorno nella comunità?

I- Se le donne hanno già avuto dei bambini non ci sono troppi problemi con l'isterectomia, ma se non ne ha avuti ancora si verifica un vero *dramma*.

C- Per motivi legati alla religione Vodun o alla credenza tradizionale?

I-Non solo, anche per un'interpretazione troppo letterale dell'Antico Testamento secondo la quale non avere figli è una punizione di Dio. È davvero drammatico perché colpisce delle donne molto giovani, anche di 20/25 anni che hanno fibromi all'utero: noi diciamo loro che proveremo a fare la miomectomia, ma altre molte non resta altro da fare che rimuovere l'utero. È vero che una donna che non ha avuto di figli prima dell'operazione sarà esclusa, è vero. In quel caso il marito prenderà un'altra donna in moglie per avere dei figli, talvolta si prende cura della prima, talaltra no.

C-Uno dei temi più cari al dibattito bioetico è quello del consenso informato e del paternalismo medico. In Europa il rapporto medico paziente è molto cambiato, è emersa l'autonomia del paziente e si è ridimensionato il ruolo decisionale del medico rispetto alla scelta delle cure, cosa invece accade in Bénin? La mia impressione è che i pazienti beninesi intendono in maniera molto simile il medico moderno e quello tradizionale: in entrambi i casi non esiste per loro una formulazione del consenso informato come dichiarazione esplicita di intenti dell'operato del medico e informazione rispetto alla patologia e alle cure prescritte cui il paziente nei fatti non consente mai chiaramente, ma pare che si abbandoni passivamente ad ogni tipo di cura. A lui interessa solo di guarire, dunque non domanda, non chiede quali saranno i rischi di un trattamento e difficilmente rifiuta dei trattamenti se non quando configgono con credenze e tradizioni culturali. Qui a me pare ci sia una fiducia completa nel medico e nel suo operato, non è così?

I-È vero che qui c'è ancora il paternalismo e generalmente non è necessariamente il padre il responsabile delle decisioni terapeutiche, ma il fratello maggiore, detto "fofo", o il capofamiglia che appunto è il padre o il fratello maggiore: se il padre non è presente si occupa il fratello delle donne di casa. È vero, esiste il paternalismo, ma non solo qui, c'è ad esempio anche nei paesi arabi. Se la donna è sposata, invece, è il marito che prende le decisioni terapeutiche: il marito spesso la accompagna alle visite ed è lui che decide. In generale quando visito una donna il marito c'è quasi sempre, io cerco di allontanarli dicendo loro che li chiamerò se ce ne sarà bisogno perché esiste il segreto medico, ma le mogli mi danno subito il permesso di farli rimanere. In linea di massima cercano di affrontare il problema insieme ed io mi interfaccio con entrambi. Per i bambini bisogna domandare al padre. Spesso in caso di operazioni le madri dicono di dover necessariamente coinvolgere il marito rispetto alla decisione. Ma paternalismo non vuol dire dispotismo: accade anche se la madre ha troppi figli e deve badare loro, il padre, soprattutto se non ha un lavoro, accompagna il bambino malato all'ospedale e si prende cura di lui. Se il padre lavora chiedono anche alla nonna, ad esempio. Rispetto al paternalismo è vero che noi medici abbiamo un potere abbastanza importante, talvolta io lascio alla persona la libertà di scegliere il trattamento, ma spesso mi rispondono "no, è lei che ha la competenza ed è suo compito aiutarmi".

C- È quindi molto differente la situazione rispetto all'Europa in cui il paziente talvolta pretende di decidere "troppo" rispetto al sapere dei medici. Lei crede che sia, dunque, un bene che il paternalismo qui esista ancora?

I- Sì, certo, perché le persone qui non conoscono le loro malattie. Accade spesso che si presentino da me con delle cicatrici di precedenti interventi ed io chieda loro di cosa sono stati operati, ma nella maggior parte dei casi non solo non sono in grado di riferirlo, ma non lo sanno. Io chiedo loro se il medico non gliel'ha detto o non lo ricordano, ma effettivamente non lo sanno: i medici "moderni" beninesi non dicono nulla alla persona, lo scrivono sul protocollo operatorio che le persone spesso perdono e non trovano mai.

C- C'è per caso un Codice di deontologia differente per i medici del Bénin rispetto a quelli occidentali? O nella costituzione beninese si fa mai riferimento al diritto alla salute? All'importanza dell'informazione del paziente rispetto alle proprie patologie e ad i trattamenti cui si intende sottoporlo?

I- Quando io sono arrivato qui non c'era un Ordine dei medici, adesso c'è un Organismo specifico dell'Ordine dei medici, da quasi vent'anni. In verità non saprei, potrebbe chiedere ad un Ospedale pubblico, io sono sempre stato qui nell'Ospedale dei Camilliani che hanno principi propri relativi al rispetto del malato e alla necessità di informarlo. Io ho appena fatto la domanda di pensionamento e non ho mai avuto grandi rapporti con gli altri ospedali perché ... beh ... hanno i loro problemi...

C- Capisco, ricorda per caso un episodio specifico in cui un paziente ha rifiutato delle cure, dei trattamenti o un'operazione per motivi culturali o religiosi?

I- Ma in generale le amputazioni: non le rifiutano del tutto, ma aspettano fino all'ultimo momento, fino a quando iniziano a star male e la famiglia non riesce più a sopportare l'odore dell'arto in cancrena, prima di venire all'Ospedale per farlo amputare. Altrimenti continuano a sperare di poter riprendere ad esempio a camminare, sperano di poter guarire attraverso i trattamenti tradizionali.

[il dottore deve entrare in sala operatoria e l'intervista si conclude rapidamente].

INTERVISTA 22

Intervista a Suor Marie Sabine, Direttrice del Centro per bambini orfani e handicappati - Centre Vidjingni les Archanges di Dékanué.

C – Buongiorno Suor Sabine, potrebbe descriverci le attività di questo Centro?

I- Questo è il *Centro Vidjingni Les Archanges* di Dékanué. La vita del centro inizia il 29 settembre 1995, dunque ha da poco compiuto 20 anni. E' nato come centro di accoglienza per bambini polihandicappati mentali ed abbandonati, che non conoscono né il loro padre, né la madre. Si tratta di bambini che abbiamo incontrato sulla strada, spesso abbandonati in dei fossi. Ad esempio c'è Abel è venuto qui quando aveva 5 mesi: quando lo hanno trovato era abbandonato sulla strada, aveva ancora il cordone ombelicale. Fu affidato prima ad una famiglia che, però, non appena si è resa conto che la sua salute non era ottimale ha deciso di donarlo a *Terre des Hommes* che lo ha portato a noi. *Terre des Hommes* è un'associazione svizzera che lavora in Benin in particolare si rivolgono ai bambini e hanno un programma che si chiama "Enfants errants" che si rivolge proprio a quei bambini "erranti", abbandonati, che nessuno vuole solo perché non sono normali. Noi li accogliamo, molti li abbiamo trovati anche noi stessi, alcuni anche al mercato.

Questa bambina l'abbiamo trovata nella foresta, era stata abbandonata da neonata vicino Porto-Nuovo. C'era un orfanotrofio lì che si occupava di lei, poi si sono accorti che qualcosa non andava: era microcefala per questo l'hanno portata qui.

Al momento i bambini abbandonati con handicap che abbiamo trovato e che teniamo presso di noi sono 24 (in più ospitiamo 17 bambini orfani), costoro non conoscono il padre né la madre; non conosciamo neanche precisamente la loro età. Quando riescono a parlare possiamo capire dalla loro inflessione o dal loro accento da quale regione provengono: così iniziano le nostre ricerche per ritrovare la loro origine e spesso ci riusciamo. Quando i bambini cominciano a crescere identificano questo Centro come loro casa ("lieu de vie"); non saprebbero dove andare altrimenti. A noi interessa soprattutto di educarli, l'istruzione è fondamentale; poi cerchiamo anche di insegnare loro un lavoro.

Quanto ai bambini portatori di handicap abbiamo degli autistici, degli psicotici, altri affetti da psicosi maniaco-depressive, da altre disabilità mentali o moto-cerebrali e quasi tutti (il 95 %) sono epilettici, il che vuol dire che quasi tutti sono sotto trattamento epilettico, poi ci sono i trattamenti specifici per il loro stato come i neurolettici, psicotropi che possono essere somministrati anche a casa. Quando sono sotto trattamento farmacologico i bambini sono calmi, ma quando manca il farmaco si agitano e tutto diventa più complicato.

I bambini qui accolti vengono da diversi luoghi: dal Bénin, dal Togo, dal Ghana, dal Niger, dalla Nigeria e dalla Liberia.

C – Le persone portano i bambini qui o siete voi stessi che li trovate sulla strada?

I- Spesso la "brigade des mineurs" (agenti per i minori) che trova un "enfant errant" o un bambino abbandonato ["que on l'a getté"] lo porta alla polizia, inizia delle ricerche e, se capisce che non è possibile rintracciare la famiglia, lo porta qui. Spesso si tratta di bambini che non possono rimanere in altre strutture o non possono andare a scuola e noi talvolta ci

occupiamo anche delle adozioni perché sono handicappati e nessuno li vuole, così li prendiamo noi.

Noi cerchiamo anche di dare loro il massimo affetto possibile perché abbiamo potuto riscontrare che loro iniziano a star meglio, a stare tranquilli, già se si sentono al sicuro, se si sentono amati, accettati. Quando arrivano hanno sempre molta paura, soffrono soprattutto la fame, si agitano, si battono la testa, poi capiamo che il problema è il nutrimento. Dopo aver dato loro da mangiare già possiamo notare che si calmano. Si tratta di bambini che hanno sofferto molto, soprattutto la fame. La nostra preoccupazione principale è nutrirli bene ed è per questo che abbiamo creato piccole attività che possono portarci delle produzioni alimentari: alleviamo conigli, polli, capre.

Io sono infermiera, puericultrice e so che la prima cosa è dare da mangiare ai bambini: prima ancora che dare loro dei medicinali, bisogna che essi mangino bene, una giusta varietà e quantità. Bisogna inoltre lavarli bene, vedete? Qui quasi tutti sono incontinenti, ma non si sente odore di escrementi. Dobbiamo evitare le infezioni, evitare di andare all'ospedale.

A parte i loro problemi mentali, infatti, non abbiamo problemi di salute tra i bambini. A parte un po' di malaria, ma si tratta di piccole cose, problemi digestivi ... Il resto è raro.

C – Voi sorella vi occupate dei bambini, dalla salute al nutrimento, all'educazione o c'è del personale che collabora con voi?

I - Qui siamo 5 suore, poi ci sono le "tata", al momento sono 9, istitutrici che ci aiutano soprattutto a tener puliti i bambini, ma dal momento che siamo in un villaggio le donne della città non vogliono venire fin qui; in più molte di quelle che vengono si rendono presto conto che si tratta di un lavoro difficile, per questo spesso vanno via e dobbiamo cercarne sempre di nuove. Cambiano spesso. La responsabile è colei che viene da più tempo, sono ormai 14 anni. La casa per i bambini è stata costruita con il FED (Fond de Developpement Economique) Fondo di Sviluppo Economico attraverso l'intervento di *Terre des Hommes* e di Monsignor Isidore de Souza che ha dato l'autorizzazione. Io ho lavorato con *Terre des Hommes* per l'aspetto sanitario; quando i bambini dovevano essere mandati fuori, in Francia o in Svizzera, io avevo il compito di seguirli per il servizio sanitario e per i servizi sociali. Poi quando si è deciso di creare un centro per i bambini handicappati e abbandonati sono stata mandata qui e sono qui da vent'anni.

C- Quanti bambini potete ospitare qui?

I - L'edificio per i bambini è stato costruito per 16 bambini, ma adesso ce ne sono molti di più: alcuni dormono a terra. C'è una stanza delle donne (come Abel) poi c'è una stanza per i bambini che non possono dormire con gli altri e sono io che la notte vengo qui una, due volte, per vedere se qualcuno è caduto, se dormono, se va tutto bene. C'è poi una camerata per i ragazzi. I ragazzi che sono qui sono abbastanza autonomi: possono alzarsi, andare a farsi la doccia, andare in bagno, vestirsi, alcuni dormono a terra (due dormono qui in terra, ma non è grave), poi c'è un'altra stanza in cui ci sono quelli che non sono autonomi e bisogna che qualcuno dorma con loro, spesso una tata. Ci sono due tate che dormono qui nel centro, poi ci sono io che faccio un turno la notte, ma è molto raro che dopo essersi addormentati si

svegliano. Anche se fa molto caldo i ragazzi si sentono a casa, si sentono al sicuro. C'è una stanza per i piccoli, quando tutti erano piccoli dormivano tutti qui, ora sono cresciuti ed abbiamo dovuto dividerli. Ci sono poi dei bagni: una doccia per i ragazzi che sono autonomi, e una più grande dove portiamo quelli che non lo sono e che bisogna monitorare, altrimenti finiscono per lavarsi in un solo punto, per una, due o tre ore: dobbiamo intervenire e aiutarli. Circa una decina di ragazzi grandi o piccoli dobbiamo aiutarli a lavarsi. Michou, Terèse ed altri che sono proprio piccoli li laviamo noi.

C – Comprate voi stessi i farmaci o c'è qualcuno che ve li dona?

I- Rispetto ai farmaci solitamente li compriamo noi, anche se ci sono delle associazioni che di tanto in tanto ci aiutano. All'inizio compravamo i farmaci non utilizzati dalla Francia, ora l'Europa ha impedito di acquistarli. Quando ci domandano: cosa possiamo fare per voi? La prima cosa che chiediamo sono i farmaci. C'è poi la farmacia a Ghezou che ci consente di acquistare a credito.

C - Possiamo avere una lista di farmaci di cui avete bisogno?

I - Ho un po' di difficoltà con internet, non sempre riesco ad avere la connessione, ma potremmo scambiarsi delle lettere tramite l'ufficio postale.

Qui facciamo poi la kinesiterapia, viene una persona ad aiutarci una volta a settimana, il giovedì, poi c'è un ortofonista per aiutare i bambini a parlare, a chiudere la bocca, quest'ultima viene due volte al mese e lavora con le tata per insegnare loro a continuare il lavoro con i bambini.

C'è poi una sala da pranzo, ma ci sono almeno quattro che mangiano fuori, perché se fossero a tavola con gli altri inizierebbero a sbrodolarsi, per questo li portiamo fuori, per poterli aiutare. Non possiamo mettere qui la televisione perché non è una cosa buona per i bambini affetti da epilessia. La sala da pranzo in effetti è molto piccola per il numero dei bambini che ospitiamo per questo accade che spesso mangino nella pagoda. Dovremmo costruire una sala da pranzo più grande, alle spalle di quella esistente.

C'è una lavanderia, una parte retrostante dove ci sono i 17 orfani che pure ospitiamo. Non sono handicappati, difatti non solo vanno a scuola, ma abbiamo un "centro di formazione" dove cerchiamo di insegnare loro a pulire, lavare, rassettare la loro stanza, cucinare, tutto ciò che attiene all'educazione domestica; poi insegniamo alle ragazze il mestiere di sarta, di parrucchiera. Questa parte rappresenta l'impatto del centro sul villaggio più vicino, anche se abbiamo potuto riscontrare che le persone preferiscono altri luoghi per imparare un mestiere, il che si aggiunge all'evidenza che in queste zone le sarte sono moltissime.

In ogni caso noi ospitiamo i bambini che si trovano in situazioni difficili: handicappati, orfani oppure molto poveri, che non possono essere sostenuti negli studi dai familiari. Qui diamo loro un alloggio e li mandiamo a scuola.

Quanto alla scuola la scuola, bisogna considerare che la scuola elementare pubblica beninese non è di buon livello, per cui mandiamo i ragazzi alla scuola privata. Alcuni sono iscritti alla primaria (elementare) altri alla scuola superiore: tre ragazzi sono in quarta; quattro in sesta [corrispondente all'istruzione secondaria inferiore italiana], poi abbiamo cinque ragazzi che

sono alla scuola superiore. Quando hanno terminato l'istruzione, alcuni possono rientrare in famiglia, tornare a casa. Gli orfani e coloro che non hanno più una famiglia spesso restano a lavorare con noi. C'è un ragazzo che è stato presso di noi, che si è laureato ed adesso lavora al dispensario. Un'altra che sta studiando diritto.

Inoltre qui non ci occupiamo solo della formazione – di orfani o di bambini troppo poveri per essere scolarizzati – ma spesso vengono da noi anche bambini malati: vengono qui per le cure, poi tornano a casa. A volte ritornano perché si riammalano. Vengono qui, vengono curati, formati e, poi, se vi è la possibilità, tornano a casa. I genitori non possono prendersi cura dei bambini malati: non possono spesso neanche dare loro da mangiare, figuriamoci curarli.

Tutto ciò vuol dire che noi non ci occupiamo solamente dell'handicap e della disabilità. *Spesso facciamo in modo che i disabili e i sani siano insieme, giochino insieme, cosicché i primi possano essere stimolati e i secondi responsabilizzati.*

[La visita del centro è uno dei momenti più emozionanti della ricerca: gli spazi sono grandi e ben tenuti, la suora si occupa di tutto: dall'allevamento degli animali alla salute dei bambini. Il circolo virtuoso da lei attivato si snoda proprio nella presenza degli animali, dal loro allevamento viene desunto il sostegno alimentare dei bambini accolti nel centro e dalla vendita degli animali e dei loro prodotti derivati (soprattutto caseari) vengono acquistati i farmaci per i bambini e pagate le “tata”. In questo modo il centro riesce ad autosostenersi].

C- Come curate la malaria dei bambini?

I-Lo vedete quell'albero? È la *morenga*, serve per la malaria ma anche per la malnutrizione dei bambini. È pieno di vitamine, è un fortificante.

C - Come mai conosce così bene tutte queste cose relative all'allevamento e all'agricoltura?

I - Un po' per l'esperienza, un po' perché amo tutto ciò che è “*la vita*” [lo dice in italiano].

BIBLIOGRAFIA

- Aa. Vv., *Afrique plurielle, Afrique actuelle. Hommage à George Balandier*, Karthala, Paris, 1986;
- Aa. Vv., *Bioetica e diritti umani. Atti della I Conferenza Nazionale di Bioetica per la scuola*, a cura di La Torre M.A., prefazione di G. Berlinguer, Luciano Editore, Napoli, 2004;
- Aa. Vv., *Boy-Wives and Female Husbands; Studies of African Homosexualities*, a cura di Murray S. e Roscoe W., St. Martin's Press, New York, 1998;
- Aa.Vv., *Culture e religioni: la pluralità e i suoi problemi*, a cura di Cunico G. e Venturelli D., il melangolo, Genova, 2011;
- Aa. Vv., *Dimensioni filosofiche e storiche dell'interculturalità*, a cura di Cacciatore G. e Giugliano A., Mimesis, Milano-Udine, 2014;
- Aa. Vv., *Diritto, tradizioni, traduzioni. La tutela dei diritti nelle società multiculturali*, a cura di Mazzaresse T., Giappichelli, Napoli, 2013;
- Aa. Vv., *Esigenze sanitarie in dodici paesi africani. Atti del Convegno, Università cattolica del Sacro cuore, Facoltà di Medicina e chirurgia "A. Gemelli" (9-10 gennaio 1990, Roma)*, Vita e Pensiero, Milano, 1994;
- Aa. Vv., *Filosofia interculturale. Identità, riconoscimento, diritti umani*, a cura di Diana R. e Achella S., Mimesis, Milano-Udine, 2011;
- Aa. Vv., *I diritti umani. Un'immagine epocale*, a cura di Chiodi G.M., in *Simboliche della Temporalità II*, Guida, Napoli, 2000;
- Aa. Vv., *Identità dei popoli indigeni: aspetti giuridici, antropologici e linguistici (Atti del convegno- Siena 4-5 giugno 2007)*, a cura di Palmisano A.L. e Pustorino P., Stampa 3 snc, Roma, 2008;
- Aa. Vv., *Interculturalità. Religione e teologia politica*, a cura di Cacciatore G. e Diana R., Guida, Napoli, 2010;
- Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, a cura di Cacciatore G. e D'Anna G., Carocci, Roma, 2010;
- Aa. Vv., *International Conference on African constitutions (Bologna, 26-27 Novembre 1998)*, a cura di Piergigli L.V. e Taddia I., Giappichelli, Torino, 2000;
- Aa. Vv., *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, a cura di Schirripa P. e Vulpiani P., Argo, Lecce, 2000;
- Aa. Vv., *La globalizzazione della bioetica. Un commento alla Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani dell'UNESCO*, a cura di Turolfo F., Gregoriana Libreria Editrice, Fondazione Lanza, Padova, 2007;
- Aa. Vv., *La notion de personne en Afrique noire*, Actes du Colloque International (Paris 11-17 octobre 1973), L'Harmattan, Paris, 1973;

- Aa. Vv., *La politica della parentela. Analisi situazionali di società africane in transizione*, a cura di Arrighi G. e Passerini L., Feltrinelli, Milano, 1976;
- Aa. Vv., *Medicina e salute in Africa: una sfida globale (Roma, 17-19 settembre 2003)*, Atti dei convegni Lincei, Accademia Nazionale dei Lincei, Roma, 2005;
- Aa. Vv., *Medicina, magia, religione, valori*, a cura di Lanternari V. e Ciminelli M.L., II voll. (vol. II. *Dall'antropologia all'etnopsichiatria*), Liguori, Napoli, 1998;
- Aa. Vv., *Mente, corpo, filosofia pratica, interculturalità. Scritti in memoria di Vanna Gessa Kurotschka*, a cura di Cacciatore G., D'Anna G. e Diana R., Mimesis, Milano-Udine, 2013;
- Aa. Vv., *Per una relazionalità interculturale. Prospettive interdisciplinari*, a cura di Cacciatore G., D'Anna G., Diana R. e Santoianni F., Mimesis, Milano-Udine, 2012;
- Aa. Vv., *Religioni dell'Africa*, Enciclopedia delle religioni vol. XIV, Città Nuova, Roma, 2009;
- Aa. Vv., *Saperi umani e consulenza filosofica*, a cura di Gessa Kurotschka V. – Cacciatore G., Meltemi, Roma, 2007;
- A' La Mawdudi A., *Human Rights in Islam (1976)*, The Islamic Foundation, Leicester, 1993²;
- Abéles M. - Collard C., *Age, pouvoir et société en Afrique noire*, Karthala, Paris, 1985;
- Achella S., *Diritti umani: una questione doverosa*, in Aa. Vv., *Filosofia interculturale. Identità, riconoscimento, diritti umani*, cit., pp. 205-220;
- Adande B.A.A., *Les origines lointaines des peuples de la République du Bénin: Problematiche et perspectives de recherche*, in «Africa Zamani», 1 (1993), pp. 65-92;
- Ademuwagun Z.A. - Ayoade J.A.A.- Harrison I.E.- Warren D.M. (ed. by), *African therapeutic systems*, Crossroad Press, London, 1979;
- Adepoju A., *La famille africaine; politiques démographiques et développement*, Karthala, Paris, 1999;
- Adoukonou B., *Vodun violence ou sacré, le sillon noir (Mewihwêndo) et la question éthique au cœur du sacré*, voll. I-II, Cerf, Paris, 1989;
- Agara A.J. - Makanjuola A.B. - Morakinyo O., *Management of perceived mental health problems by spiritual healers: a Nigerian study*, in «African Journal of Psychiatry», 11 (2008), pp. 113-118;
- Agboton G.A.M., *Culture des peuples du Bénin*, Présence africaine, Agence de la francophonie, Paris, 1997;
- Agossou T. (a cura di), *Regardes d'Afrique sur la maltraitance*, Karthala, Paris, 2000;
- Aguiar J. - Domingo M.C. - Guedenon A. – Meyers W.M. - Steunou C. - Portaels F., *L'ulcère de Buruli, une maladie mycobactérienne importante et en recrudescence au Bénin*, in «Bull. Seances Acad. R. Sci. Outre Mer», (1997) 3, pp. 325–356;

Aguiar J., Steunou C., *Les ulcères de Buruli en zone rurale au Bénin: prise en charge de 635 cas*, in «Med Trop», (Mars 1997) 57, pp. 83-96;

Ahman E. - Shah I.H., *New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality*, in «International Journal of Gynecology & Obstetrics», 115 (2011) 2, pp. 121-126;

Aime M., *Il mercato e la collina Il sistema politico dei Tangba (Taneka) del Benin settentrionale: passato e presente*, il Segnalibro, Torino, 1997;

Id., *Popolazioni Yom del Benin settentrionale*, in «Etnoantropologia», 1 (1993), pp. 109-132;

Id. *Nel paese dei re*, Nicolodi, Trento, 2003;

Aina O.F., *Mental illness and cultural issues in West African films: implications for orthodox psychiatric practice*, in «Medical Humanities», (2008) 30, pp. 23-26;

Aina O.F. - Famuyiwa O.O., *Ogun Oru: A Traditional Explanation for Nocturnal Neuropsychiatric Disturbances among the Yoruba of Southwest Nigeria*, in «Transcultural Psychiatry», 44 (2007) 1, pp. 44-54;

Ajayi R.A., Parsons J.H., Bolton V.N., *Live Births after Intracytoplasmic Sperm Injection in the Management of Oligospermia and Azoospermia in Nigeria*, in «Afr. J. Reprod. Health», 7 (2003) 1, pp. 121-124;

Ake C., *The African Context of Human Rights*, in «Africa Today», 34 (1975), pp. 5-12;

Alexander J., *Capabilities, Human Rights and Moral Pluralism*, in «The International Journal of Human Rights», 84 (2004), pp. 451-469;

Alston P. -Steiner H., *International Human Rights in Context*, Oxford University Press, New York, 2000;

Amodio P. (a cura di), *Bibliografia degli scritti su Pietro Piovani (1948-2000)*, Liguori, Napoli, 2000, con aggiornamento per gli anni 2000-2007 in «Archivio di storia della cultura», XXI (2008), pp. 361-372;

Amodio P. D'Antuono-E. - Giannini G. (a cura di), *L'etica come fondamento*, Giannini, Napoli, 2012;

Amselle J.L., *Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*, Payot, Paris, 1990;

An-Na'im A.A. (ed.), *Cultural Transformation and Human Rights in Africa*, Palgrave, McMillan, New York, 2002;

Id., *Cultural Transformation and Cultural Rights in Africa*, in «The Journal of Modern African Studies», 42 (2004) 4, pp. 637-638;

Anderson E., *Sen, Ethics and Democracy*, in «Feminist Economics», 9 (2003) 2-3, p. 239-261;

Andreasen A.T., *Christian medical practice in Africa*, The Africa Centre Ltd. The Sword of the Spirit, Hinsley House, London, 1964;

Annas G.J. - Grodin M.A., *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation*, Oxford University Press, New York, 1992;

Anselmo D., *Shari'a e diritti umani*, Giappichelli, Torino, 2007;

Anyinam C., *Availability, accessibility, acceptability and adaptability: four attributes of african ethnomedicine*, in «Social Science and Medicine», XXV (1987) 7, pp. 803-811;

Appiah K.A., *Cosmopolitismo. L'etica in un mondo di estranei*, Laterza, Roma-Bari, 2007;

Archibugi D., *Cittadini del mondo: verso una democrazia cosmopolitica*, Il Saggiatore, Milano, 2009;

Archibugi D. - Beetham D., *Diritti umani e democrazia cosmopolitica. Con un'appendice delle dichiarazioni storiche*, Feltrinelli, Milano, 1998;

Arendt H., *The origins of totalitarianism*, Harcourt, Brace & World, New York, 1951; tr. it. *Le origini del totalitarismo*, intro. di Martinelli A., con un saggio di Forti S., Edizioni di Comunità, Torino, 1999;

Id., *Eichmann in Gerusalem. A report on the Banality of Evil*, The Vicking Press, New York, 1963; tr. it. *La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme*, a cura di Bernardini P., Feltrinelli, Milano, 1964;

Id., *On Humanity in Dark Times. Thoughts about Lessing*, Harcourt Brace, New York, 1968; tr. it. *L'umanità in tempi bui. Riflessioni su Lessing*, a cura di Boella L., Raffaello Cortina, Milano, 2006;

Ashfort A., *Witchcraft, Violence and Democracy in South Africa*, University of Chicago Press, Chicago, 2005;

Asiedu K. - Scherpbier R. - Raviglione M. (eds.), *Buruli ulcer-Mycobacterium ulcerans infection*, WHO, Geneva, 2000;

Asuni T. - Wolff N.H., *The prevalence of belief in indigenous medicine among Yoruba mental patients*, Paper presented at the 21st annual meeting of the Africa studies Association, Baltimore, Maryland, USA, 1978;

Atadokpede F., Adégbidi H., Koudoukpo C., Hountonnagnon L., Agossadou D., do Ango-Padonou F., Yedomon H., *Profil épidémiologique de la lèpre au Bénin de 2008 à 2012*, in «Annales de Dermatologie et de Vénéréologie», 141 (December 2014) 12, pp. 357 ss.

Atlani-Duault L., *Per il bene degli altri. Antropologia dell'aiuto umanitario*, pref. di Dozon J.-P., Liguori, Napoli, 2015;

Augé M., *Les croyances à la sorcellerie*, in Id. (éd.), *La construction du monde. Religion-representation-ideologie*, F. Maspero, Paris, 1974, pp. 52– 73;

Id., *Tra i confini. Città, luoghi, interazioni*, Mondadori, Milano, 2007;

Id., *Non luoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità* (1992), trad. it. di Rolland D. e Milani C., Elèuthera, Milano, 2009²;

Id., *Per un'antropologia della mobilità*, Jaka Book, Milano, 2010;

Augé M. - Herzlich C., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Archives contemporaines, Paris, 1984;

Baker R., *A Theory of International Bioethics: Multiculturalism, Postmodernism, and the Bankruptcy of Fundamentalism*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», 8 (1998a) 3, pp. 201-231;

Id., *A Theory of International Bioethics: The Negotiable and the Non-negotiable*, in «Kennedy Institute of Ethics Journal», (1998b) 8, pp. 233-274;

Balandier G., *Gli dèi della danza e del potere: religione e società nell'Africa nera*, a cura di Arosio M., RAI-ERI, Roma, 1980;

Balard M., *Dahomey 1930: mission catholique et culte Vodoun. L'oeuvre de Francis Aupias (1877-1945) missionnaire et ethnographe*, L'Harmattan, Paris, 1999;

Baldus B., *Social Structure and Ideology: Cognitive and Behavioral Responses to Servitude among the Machube of Northern Dahomey*, in «Canadian Journal of African Studies», 8 (1974) 2, pp. 355-383;

Balestrieri M., *Laicità*, in Botti C. (a cura di), *Le etiche della diversità culturale*, Le Lettere, Firenze, 2013, pp. 217-226;

Ball H. - Hill C., *Reevaluating Twin Infanticide*, in «Current Anthropology», 37 (1996) 5, pp. 856-863;

Bannerman R.H., *Il ruolo della medicina tradizionale nell'assistenza sanitaria di base*, in OMS, *Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema medico sanitario*, RED, Como, 1984, pp. 344-358 (ed. originale WHO, *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, WHO, Geneva, 1984);

Barth F. (ed by), *Ethnic Groups and Boundaries*, Allen & Unwin, London, 1969;

Basaglia F., *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino, 2005;

Battaglia L., *Introduzione a Aa. Vv., Bioetica e diritti umani. Atti della I Conferenza Nazionale di Bioetica per la scuola*, cit.

Bauman Z., *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano, 2000;

Bay E., *Wives of the Leopard: Gender, Politics, and Culture in the Kingdom of Dahomey*, University of Virginia Press, Charlottesville, 1998;

Beauchamp T. - Childress J., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1994; tr. it., *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze, 1999.

Becchi P., *Il dibattito sulla dignità umana tra etica e diritto*, in Furlan E., *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 113-142;

Beck U., *Che cos'è globalizzazione. Rischi e prospettive della società planetaria*, tr. it. di Cafagna E. e Sandrelli C., Carocci, Roma, 1999;

Bellagamba A., *L'Africa e la stregoneria. Saggio di antropologia storica*, Laterza, Roma-Bari, 2008;

Belvisi F., *Verso l'inclusione. La teoria delle istituzioni e l'integrazione sociale mediante il diritto*, CLUE, Bologna, 2012;

Benedict R., *Patterns of culture*, Riverside Press, Cambridge, 1934;

Beneduce R., *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2002;

Id., *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma, 2007;

Id., *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Le Bussole, Carocci, Roma, 2008;

Id., *Poteri e identità in Africa subsahariana*, Liguori, Napoli, 2008;

Id., *Corpi e saperi indocili. Guarigione stregoneria e potere in Camerun*, Bollati Boringhieri, Torino, 2011;

Beneduce R. –Roudinesco E. (a cura di), *Antropologia della cura*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005;

Benhabib S., *Situating the Self: Gender, Community, and Postmodernism in Contemporary Ethics*, Routledge-Polity, New York London, 1992;

Id., *The Claims of Culture: Equality and Diversity in the Global Era*, Princeton University Press, Princeton, 2002; tr. it. *La rivendicazione dell'identità culturale. Eguaglianza e diversità nell'era globale*, a cura di A.R. Dicuonzo, Il Mulino, Bologna, 2005;

Id., *The Rights of Others. Aliens, Residents and Citizens*, University of Cambridge Press, Cambridge, 2004; tr. it., *I diritti degli altri. Stranieri, residenti, cittadini*, tr. it. di S. De Petris, Raffaello Cortina, Milano, 2006;

Id., *Another Cosmopolitanism*, Oxford University Press, Oxford, 2006, pp. 13-80; tr. it., *Cittadini globali. Cosmopolitismo e democrazia*, a cura di V. Ottonelli, il Mulino, Bologna, 2008.

Benoist J., *Médecine traditionnelle et médecine moderne en République populaire du Bénin*, in «Ecologie Humaine», vol. VII, (1989) 1, pp. 84-89;

Bentham J., *Pennomial Fragments*, in Bowring J. - Tait W. (a cura di), *The Works of Jeremy Bentham*, Edinburgh, 1843-1859, vol. III;

Berdirhan Üstün T., *The Global Burden of Mental Disorders*, in «American Journal of Public Health», 89 (1999) 9, pp. 1315-1318;

Berlin I., *Libertà*, a cura di Hardy H.; tr. it a cura di Rigamonti G. - Santambrogio M., Feltrinelli, Milano, 2005;

Bernardi B., *Africanistica. Le culture orali dell'Africa*, Franco Angeli, Milano, 2006;

Id., «Salute per tutti»: prospettiva XXI secolo, «L'arco di Giano. Rivista di medical humanities», (1998) 16, pp. 1-31;

Bernolles J., *Note sur les enfant anormaux dans le Nord du Dahomey*, in «Etudes Dahoméennes 5» (1965), pp. 51-57;

- Berti E., *Il concetto di persona nella storia del pensiero filosofico*, in Aa. Vv., *Persona e personalismo*, Gregoriana, Padova, 1992;
- Bertschinger C., *Volevo salvarli tutti*, Sperling&Kupfer Editori, Milano, 2006;
- Bertschy G.- Ahyi R.G., *Obsessive-Compulsive Disorders in Benin: Five Case Reports*, in «Psychopathology», (1991), pp. 398-401;
- Bibeau G., *Dalla Cina all'Africa. L'impossibile sintesi tra medicina tradizionale e medicina occidentale*, in Aa. Vv., *L'ambulatorio del guaritore*, cit., pp. 67-82;
- Biggeri M. –Bellanca N., *Dalla relazione di cura alla relazione di prossimità. L'approccio delle "capability" alle persone con disabilità*, Liguori Editore, Napoli, 2010;
- Binet J., *Le mariage en Afrique Noire*, CERF, Paris, 1959;
- Birbeck G. - Chomba E. - Atadzhanov M. - Mbewe E. - Haworth A., *The social and economic impact of epilepsy in Zambia: a cross-sectional study*, in «Lancet Neurol», 6 (2007), pp. 39–44;
- Bizzi S., *Gregoir, il Basaglia nero: «Slego dagli alberi i malati di mente»*, in «Il Piccolo», 19 Aprile 2015;
- Blundo G. - Olivier de Sardan J.-P., *La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest*, in «Politique Africaine», 83 (2001), pp. 8-37;
- Boas F., *The Mind of Primitive Man*, Macmillan, New York, 1938;
- Bobbio N., *L'età dei diritti*, Einaudi, Torino, 1990;
- Bodenhoff J. - Gorlin R., *Natal and Neonatal Teeth. Folklore and Fact*, in «Journal of Pediatrics», (1963) 32, pp. 1087-1093;
- Boezio S., *Contra Eutychen et Nestorium*, III, 1-6;
- Boko I. - Baxerres C., *Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol*, in «Actes des Rencontres Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants», (2015), pp. 212-220;
- Boniolo G. (a cura di), *Laicità. Una geografia delle nostre radici*, Einaudi, Torino, 2006;
- Bonito Oliva R., (a cura di), *Identità in dialogo. La liberté des mers*, Quaderni di Bioetica n. 2, Mimesis, Milano-Udine, 2012;
- Id., *Lo spazio della dignità tra etica e diritto*, in «Iride», vol. XXVI (sett./dic. 2013), pp. 581-595.
- Bonnet D., *Identité et appartenance: interrogations et réponses moose à propos du cas singulier de l'épileptique*, in «Cahiers des sciences humaines. Identités et appartenances dans les sociétés sahéliennes», C. Fay (éd.), ORSTOM, Paris, 2 (1995), pp. 501-522;
- Id., *Repenser l'héritage*, Archives contemporaines, Paris, 2009;

Borhgero F. - Mandirola R., *Diario del primo missionario del Dahomey: 1860-1864*, Editrice Missionaria Italiana, Bologna, 2002;

Borsellino P., *Bioetica tra "moralì" e diritto*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009;

Botti C., *Femminismo e differenza culturale*, in Id., *Le etiche della diversità culturale*, Firenze, Le Lettere, 2013, pp. 103-132;

Bouteiller M., *Chamanisme et guérison magique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1950;

Brauman R. (a cura di), *Utopies sanitaires*, Le Pommier, Département des éditions Fayard, 2000; tr. it., *Utopie sanitarie. Umanità e disumanità della medicina*, tr. it. di M. Schianchi, Feltrinelli, Milano, 2002;

Brivio A., *La dinamica vodu in Bénin: politica e pratica religiosa*, in «L'Uomo», (2011) 1-2, pp. 91-114;

Brochereix M.-C., *Grégoire ou un autre regard sur les fragilisés de la vie*, pref. de Vanier J., Nouvelle Cité, Bruyères-le-Châtel, 2010;

Brucker G. - Diallo A. et alii, *Une enquête sur le vieillissement en Afrique*, in «Isd», Lettre, Paris, 6 (1988) 3, pp. 3-7;

Bujo B., *La pretesa universalità della morale occidentale. Fondamenti di un'etica africana*, a cura di Piana G. e Fumagalli A., Cittadella, Assisi, 2009;

Id., *Teologia africana nel suo contesto sociale*, trad. a cura di Zappieri B., Queriniana, Brescia, 1988;

Bureau R., *Anthropologie, religions africaines et christianisme*, Karthala, Paris, 2002;

Burzio M., *Voudoun. Riti e misteri d'Africa*, Rusconi, Milano, 1998;

Id., *Viaggio tra gli dei africani. Riti, magia e stregoneria del vodoun*, Mondadori, Milano, 2005;

Butine J. - Crofts K. (eds.), *Buruli ulcer. Management of Mycobacterium ulcerans disease*, WHO, Geneva, 2001;

Cacciatore G., *Identità, pluralismo, universalismo dei diritti*, in Aa. Vv., *Identità, spazio e vita quotidiana*, a cura di De Simone A., Edizioni QuattroVenti, Urbino, 2005, pp. 397-407;

Id., *Identità e filosofia dell'interculturalità*, in «Iride», 45 (2005), pp. 235-244;

Id., *Capire il racconto degli altri*, in «Reset», CXVII (2006), pp. 16-19;

Id., *Immaginazione, identità, interculturalità*, in «Post-filosofie», 2 (2006), pp. 119-133;

Id., *Interculturalità e le nuove dimensioni del sapere filosofico e delle sue pratiche*, in Aa. Vv., *Saperi umani e consulenza filosofica*, cit., pp. 312-327;

Id., *Ermeneutica e interculturalità*, in Aa. Vv., *Ermeneutica tra Europa e America Latina*, a cura di Cacciatore G. – Colonnello P. – Santasilvia S., Armando, Roma, 2008, pp. 49-60;

Id., *La logica poetica e l'identità meticciasca. Note sul nesso tra immaginazione, identità e interculturalità*, in Aa. Vv., *Immaginazione, etica, interculturalità*, a cura di Gessa Kurotschka V. – De Luzenberger C., Mimesis, Milano, 2008, pp. 213-229;

Id., *Europa e Mediterraneo tra identità e interculturalità*, in «Civiltà del Mediterraneo», n. 15 (giugno 2009), pp. 117-132;

- Id., *Identità ibride e memoria*, in «Iride», XXIII (2010) 60, pp. 365-376;
- Id., *Etica interculturale e universalismo critico*, in Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, cit., pp. 29-42;
- Id., *Introduzione* a Aa. Vv., *Interculturalità. Religione e teologia politica*, cit., pp. 11-40;
- Id., *Religione, teologia politica, democrazia*, in Aa. Vv., *Culture e religioni: la pluralità e i suoi problemi*, cit., pp. 161-178;
- Id., *Interculturalità e cittadinanza*, in Aa. Vv., *Filosofia interculturale. Identità, riconoscimento, diritti umani*, cit., pp. 255-262;
- Id., *Il ruolo delle Humanities nella costruzione di una società interculturale*, in «Philosophia», VII (2012) 2, pp. 165-176;
- Id., *Per un'idea interculturale di cittadinanza*, in Aa. Vv., *Per una relazionalità interculturale. Prospettive interdisciplinari*, cit., pp. 11-23;
- Id., *Universalismo e cura per la differenza. Dimensioni Interculturali nel pensiero di Vanna Gessa Kurotschka*, in Aa. Vv., *Identità in dialogo. La liberté des mers*, cit., pp. 21-30;
- Id., *Teorie e metodi dell'interculturalità nella prospettiva di un nuovo umanesimo*, in Aa. Vv., *Dimensioni filosofiche e storiche dell'interculturalità*, cit., pp. 11-18;
- Cacciatore G.- D'Anna G., *Dentro la differenza: riflessioni sull'etica interculturale*, *Introduzione* a Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, cit., pp. 9-26;
- Calchi Novati G., *La tutela dei diritti in Africa: Stati, governi e cittadini*, in «Parolechiave», 37 (2007), pp. 103-117;
- Calchi Novati G. – Valsecchi P., *Africa: la storia ritrovata. Dalle prime forme politiche alle indipendenze nazionali*, Carocci, Roma, 2005;
- Caloiro G., *La bioetica nelle problematiche multiculturali. Analisi e prospettive*, Giuffré, Milano, 2002;
- Canguilhem G., *La connaissance de la vie*, Vrin, Paris, 1965; tr. it. *La conoscenza della vita*, il Mulino, Bologna, 1976, pp. 239-250;
- Cannelli S., *Cattolici d'Africa. La nascita della democrazia in Benin*, Guerini e associati, Milano, 2011;
- Capograssi G., *La Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, in *Opere*, VII voll., Giuffré, Milano, 1959;
- Carbone R., *Una bibliografia ragionata sull'interculturalità*, in Appendice a Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, cit., pp. 155-198;
- Carofalo V., *La terapia come phàrmakon: una riflessione a partire da Frantz Fanon*, in Bonito Oliva R. (a cura di), *Identità in dialogo. La liberté des mers*, cit., pp. 57-68;
- Casadei Th. (a cura di), *Diritti umani e soggetti vulnerabili. Violazioni, trasformazioni, aporie*, Giappichelli, Torino, 2012, pp. 45-60;
- CEI, *Genesi 9, 20-27*, in *La Sacra Bibbia*, Editio Princeps, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1971;

Ceppa L., *Pluralismo etico e universalismo morale in Habermas*, in «Teoria politica». 2 (1997), pp. 97-111;

Cesaro A., *Immagini crono-topiche dei diritti umani*, in Aa. Vv., *I diritti umani. Un'immagine epocale*, cit., pp. 105-117;

Chakrabarty D., *Provincializzare l'Europa*, trad. it. Bortolini M., Meltemi, Roma, 2004;

Chatwin B., *Il viceré di Ouidah*, Adelphi, Milano, 2001;

Chieffi L. (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, collana CIRB Quaderni di Bioetica n. 1, Mimesis, Milano-Udine, 2012;

Id., *I diritti di cittadinanza in una società multi-etnica*, in Id. (a cura di), *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, Giappichelli, Torino, 2005, pp. 5-21;

Id., *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Giappichelli, Torino, 2003;

Id. (a cura di), *Frontiere mobili. Implicazioni etiche della ricerca biotecnologica*, collana CIRB Quaderni di Bioetica, n. 5, Mimesis, Milano-Udine, 2014;

Chieffi L. –Giustiniani P. (a cura di), *Percorsi tra bioetica e diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Quaderni di Mimesis, n. 6, Giappichelli, Torino, 2010;

Chieffi L. –Salcedo Hernandez J. (a cura di), *Questioni di inizio vita*, Quaderni di bioetica n. 6, Mimesis, Milano-Udine, 2015;

Chiodi G.M., *Precedenza dei doveri sui diritti umani, che per altro è meglio definire diritti fondamentali*, in Aa. Vv., *I diritti umani. Un'immagine epocale*, cit.;

Chiricosta A., *Filosofia interculturale e valori asiatici*, O barra O Edizioni, Milano, 2013;

Ciattini A., Fabietti U., Pavanello M., *I modi della cultura, manuale di etnologia*, a cura di Signorini I., Carocci, Roma, 1992;

Cicerone, *De Officiis*, tr. it. *Dei doveri*, a cura di Arfelli D., Mondadori, Milano, 1984;

Cimpric A., *Les enfants accusés de sorcellerie. Etude anthropologique des pratiques contemporaines relatives aux enfants en Afrique*, UNICEF Bureau Afrique de l'ouest et du centre (BRAOC), Dakar, Avril 2010: https://www.unicef.org/wcaro/wcaro_Enfants-accuses-de-sorcellerie-en-Afrique.pdf;

Cipriano P., *La fabbrica della cura mentale*, Eleuthera, Milano, 2013;

Cobbah J.A.M., *African Values and the Human Rights Debate: An African Perspective*, in «Human Rights Quarterly», (1987) 9, pp. 309-331;

Cohen A., *La lezione dell'etnicità*, in Maher V., *Questioni di etnicità*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1994, pp. 135-151;

Comaroff Je., *The diseased heart of Africa. Medicine, colonialism and the black body*, in S. Lindenbaum-M. Lock (ed. by), *Knowledge, power and practice. The anthropology of everyday life*, University of California Press, Berkley, 1993, pp. 305-329;

Cometa M., *Studi culturali*, Guida, Napoli, 2010;

Conolly J., *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*, Smith Elder & Co, London, 1856;

Coppo P., *Tra psiche e culture: elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003;
Id., *Negoziare il male: stregoneria e contro stregoneria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007;

Cornevin R., *La république populaire du Bénin des origines dahoméennes a nos jours*, Maisonneuve et Larose, Paris, 1981;

Crepin S. - Houinato D. - Nawana B. - Avode G. - Preux P.M. - Desport J.C., *Link between epilepsy and malnutrition in rural area of Benin*, in «Epilepsia», 48 (2007), pp. 1926–1933;

Cuomo E., *Sui diritti umani e sulla loro temporalità*, in Aa. Vv., *I diritti umani. Un'immagine epocale*, cit., pp. 67- 80;

D'Anna G., *L'etica interculturale tra storicismo e "inganni" dell'immaginazione*, in Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, cit., pp. 67-84;

D'Antuono E., *Bioetica*, Guida, Napoli, 2003;

Id., *La dilatazione del possibile. Scienza, politica, ermeneutica del male*, in Amodio P. D'Antuono-E. - Giannini G. (a cura di), *L'etica come fondamento*, cit., pp. 291-299;

Id., *L'accanimento terapeutico. Note per un'analisi delle questioni bioetiche di fine vita*, in Aa. Vv., *Le criticità nella medicina di fine vita: riflessioni etico-deontologiche e giuridico economiche*, a cura di Buccelli C., Grafica Elettronica srl, Napoli, 2013, pp. 215-225;

Id., *Habeas corpus, habeas animam. Questioni di inizio vita tra etica, bioetica, cittadinanza*, in Chieffi L. -Salcedo Hernandez J., *Questioni di inizio vita*, cit., pp. 29-55;

D'Aquino T., *Summa Theologiae*, I, q. 29, a. 3;

D'Haeyer A., *Enfants sorcières, entre magie et misère*, Editions Labor, Bruxelles, 2004;

D'Orazio E., *La laicità vista dai laici*, Università Bocconi Editore, Milano, 2009;

Daane J., Breusers M., Frederiks E., *Dynamique paysanne sur le plateau Adja du Bénin*, Karthala, Paris, 1997;

Dammam E., *L'Africa. Le religioni naturiste, ebraismo, cristianesimo e islamismo in Africa*, Jaca Book, Milano, 1985;

de Beauvoir S., *Le deuxième sexe*, Gallimard, Paris, 1949 ; tr. it., *Il secondo sesso II. L'esperienza vissuta*, a cura di R. Cantini e M. Andreose, Il Saggiatore, Milano, 1961;

de Boeck P., *Le «deuxième monde» et les «enfants-sorcières» en République démocratique du Congo*, in «Politique africaine», 80 (2000), pp. 32-57;

De Martino E., *Naturalismo e storicismo nell'etnologia*, Laterza, Bari, 1941;

Id., *Lineamenti di etnometapsichica*, in «Problemi di metapsichica», a cura della Società Italiana di Metapsichica, Roma, 1942, pp. 113-139;

- Id., *Percezione extrasensoriale e magismo etnologico*, prima parte, in «Studi e Materiali di Storia delle Religioni», XVIII (1942), pp. 1-19;
- Id., *Recensione a S.M. Shirokogoroff, The Psychomental Complex of the Tungus*, Kegan Paul, Trench, London, Trubner&Co., 1935, in «Studi e Materiali di Storia delle Religioni», XVIII (1942), pp. 108-111;
- Id., *Di alcune condizioni delle sedute metapsichiche alla luce del magismo*, in «Rivista di antropologia», XXXIV (1942-1943), pp. 470-490;
- Id., *Percezione extrasensoriale e magismo etnologico*, seconda parte, in «Studi e Materiali di Storia delle Religioni», XXIX-XX (1943-1946), pp. 31-84;
- Id., *Chiaroveggenza e telepatia tra maghi e sciamani*, in «Scienze del mistero», I (30 maggio 1946) 10, pp. 75-76;
- Id., *Magismo, sciamanismo e fenomenologia paranormale*, in «Metapsichica», I (maggio/giugno 1946) 3, pp. 164-174;
- Id., *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino, 1948 (poi introd. di Cases C., postf. di Satta G., Bollati Boringhieri, Torino, 1973, rist. 2007);
- Id., *Etnologia e cultura nazionale negli ultimi dieci anni*, in «Società», IX (1953) 3, pp. 313-342, ivi, p. 316, poi in Brienza R. (a cura di), *Mondo popolare e magia in Lucania*, Roma – Matera, Basilicata editrice, 1975;
- Id., *Prefazione a Lévy-Bruhl L., L'anima primitiva*, Einaudi, Torino, 1948, pp. 13-17;
- Debacker M. - Portaels F. - Aguiar J. - Steunou C. - Zinsou C. - Meyers WM.. - Dramaix M., *Risk factors for Buruli Ulcer, Bénin*, in «Emerging Infectious disease», 12 (September 2006) 9, pp. 1325- 1331;
- Debacker M., Aguiar J., Steunou C., Zinsou C., Meyers W.M., Scott J.T., et al., *Mycobacterium ulcerans disease: role of age and gender in incidence and morbidity*, in «Trop Med Int Health», (2004) 9, pp. 1297–304;
- Debacker M.- Aguiar J.- Steunou C.- Zinsou C.- Meyers W.M.- Portaels F., *Buruli Ulcer Resurrence- Bénin*, in «Emerging Infectious Disease», 11 (2005) 4, pp. 584-589;
- Deiana G., *Le sfide della bioetica globale*, presentazione di Mori M., Aisara, Cagliari, 2008;
- Derrida J. - Vattimo G., *La religione*, Annuario filosofico europeo, Laterza, Roma-Bari, 1995;
- Di Lieto A., *La tutela dei popoli indigeni in Africa*, in Aa. Vv., *Identità dei popoli indigeni: aspetti giuridici, antropologici e linguistici (Atti del convegno- Siena 4-5 giugno 2007)*, cit., pp. 117-150;
- Di Salvo E., *The innocent*, con fotografie di Latte L., Idelson-Gnocchi srl, Napoli, 2013;
- Id., *Gbemontin. La vita ritrovata*, con fotografie di Burrelli F., ITH Heritage, Napoli, 2015;
- Diana R., *Filosofia interculturale e questioni etiche. Il problema dell'infibulazione*, in Aa. Vv., *Mente, corpo, filosofia pratica, interculturalità. Scritti in memoria di Vanna Gessa Kurotschka*, cit., pp. 215-229;
- Id., *Identità individuale e relazione intersoggettiva. Saggi di filosofia interculturale*, Aracne, Roma, 2013;
- Dieterlin G., *Textes sacrés d'Afrique noire*, Gallimard, Paris, 1965;
- Dinucci M., *Geostoria dell'Africa*, Zanichelli, Bologna, 2000;

- Dirie W., *Figlie del dolore*, 2005, tr. it. di S. Cerchi, Garzanti, Milano, 2008²;
- Djrolo F. - Fourn L. - Fayomo B. -Zohoun T., *Prevalence du diabète sucré au Bénin*, in «Le Bénin Médical», (1999) 12-13, pp. 98-104;
- Dodaro G., *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, in «Rivista italiana di medicina legale», (2011) 6, pp. 1483-1518;
- Dopamu P.A., *Yoruba magic and Medicine and Relevance for Today*, in «Religious Journal of the Nigerian Association for the Study of Religions (NASR)», 4 (1979), pp. 1-33;
- Donatelli P., *Bioetica e laicità*, in «Iride», 23 (2010) 61, pp. 479-488;
- Donini A., *Breve storia delle religioni*, Newton, Roma, 1991, ried. 2008;
- Donnelly J., *Human Rights and Human Dignity: An Analytic Critique of Non-Western Conceptions of Human Rights*, in «The American Political Science Review», 76 (1982), pp. 303-316;
- Id., *Universal Human Rights in Theory and Practice*, Cornell University Press, Ithaca, 1989;
- Dottori C., *Benin. Economia, società e sviluppo etico*, L'Harmattan Italia, Torino, 2005;
- Dozon J.-P., *Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire*, in «Politique Africaine», 28 (1987), pp. 9-20; tr. it. *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, a cura di P. Schirripa, in Aa. Vv., *L'ambulatorio del guaritore*, cit., pp. 41-54;
- Id., *L'Afrique à Dieu et à Diable. États, ethnies et religions*, Ellipses, Paris, 2008 ; tr. it. *L'Africa tra Dio e il Diavolo. Stati, etnie e religioni*, Liguori, Napoli, 2014;
- Dresse A. - De Baeremaeker D., *Amawato. Le marché de la santé au pays du vaudou*, CTB, Bruxelles, 2013;
- Dupuis P.H., *Il Vodun del Bénin : un approccio empatico*, in «Afriche», 39 (1998) 3, pp. 1-18;
- Dworkin D., *Taking Rights Seriously*, Duckworth, London, 1977; tr. it. (parziale) Oriana F., *I diritti presi sul serio* a cura di Rebuffa G., il Mulino, Bologna, 1982;
- Id., *Liberalism*, in Hampshire S. (ed by), *Public and Private Morality*, Cambridge University press, Cambridge, 1978;
- Id., *A Matter of Principle*, Harvard University Press, Cambridge, 1985; tr. it. *Questioni di Principio*, Il Saggiatore, Milano, 1990;
- Id., *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press, Cambridge-London, 2000; tr. it. *Virtù sovrana. Teoria dell'uguaglianza*, a cura di Bettini G., Feltrinelli, Milano, 2002.
- Eaton J. - Des Roches B. - Nwaubani K. - Winters L., *Mental Health Care for Vulnerable People With Complex Needs in Low-Income Countries: Two Services in West Africa*, in «Psychiatric Services», 66 (October 2015) 11, pp. 1015-1017;
- Ebigbo P.O., *A psychoanalytic approach of the dream contents of some Nigerians*, in «Nigerian Journal of Clinical Psychology», 1 (1980) 1, pp. 64-75;

Id., *The mind, the body and society: An African perspective*, in «African International Journal for the Advancement of Health», 3 (1987) 4, pp. 45-57;

Edgerton R.B., *A Traditional African Psychiatrist*, in «Southwestern Journal of Anthropology», 27 (1971), pp. 259-278;

Id., *Traditional treatment for mental illness in Africa: a review*, in «Culture, Medicine and Psychiatry», 4 (1980), pp. 167-189;

Eisenberg L., *Disease and illness. Distinction between professional and popular ideas of sickness*, in «Culture, Medicine and Psychiatry», (1977) 1, pp. 9-23;

Eliade M., *Traité d'histoire des religions*, Payot, Paris, 1948; tr. it. *Trattato di storia delle religioni*, a cura di Vacca V., Bollati Boringhieri, Milano, (I ed. 1976) 1996;

Id., *Le Chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*, Payot, Paris, 1951; tr. it. *Lo sciamanismo e le tecniche dell'estasi*, Bocca, Milano, 1953;

Engelhardt T.H., *The foundation of Bioethics*, Oxford University Press, New York, 1996²; tr. it. *Manuale di Bioetica*, Il Saggiatore, Milano, 1999;

Errico M., *Diritti umani e culture altre. Sperimentazione dei farmaci e consenso informato nell'Africa subsahariana*, presentazione di Pocar V., Guerini e Associati, Milano, 2009;

Evans-Pritchard E.E., *Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*, Clarendon Press-Oxford, London., [1937] 1976;

Fabietti U., *L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1995 (III ed., Carocci, Roma, 2013);

Id., *Storia dell'antropologia*, Zanichelli, Bologna, 2011;

Fabietti U.- Malinghetti R.- Matera V., *Dal tribale al globale. Introduzione all'antropologia*, Mondadori, Milano, 2012;

Fabietti U.- Matera V., *Etnografia. Strutture e rappresentazioni dell'antropologia*, Carocci, Roma, 2007;

Fabietti U. - Salzman P.C., *The antropology of tribal and peasant pastoral societies*, tr. it. *Antropologia delle società pastorali tribali e contadine*, Ibis, Como-Pavia, 1996;

Fabrizio E.M., *A partire dal pluralismo: identità e culture*, in «Idee», (gennaio-aprile 2007) 64, pp. 43-47;

Falk Moore S., *Antropologia e Africa*, Raffaello Cortina, Milano, 2003;

Fan R., *Self-Determination vs Family-Determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy*, in «Bioethics», 11 (1997), 3-4, pp. 309-322;

Fanon F., *Peau noire masques blancs*, Seuil, Paris, 1952; tr. it. *Pelle nera maschere bianche*, Marco Tropea, Milano, 1996;

Id., *Médecine et colonialisme*, in *L'an V de la révolution algérienne*, François Maspéro éditeur, Paris, 1959; tr. it. *Medicina e colonialismo*, in *Scritti politici. L'anno V della rivoluzione algerina*, vol. II, DeriveApprodi, Roma, 2007;

Id., *Les damnés de la terre*, intr. J.-P. Sartre, François Maspéro éditeur, Paris, 1961; tr. it. *I dannati della terra*, a cura di C. Cignetti, Einaudi, Torino, 1967²;
Id., *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, a cura di R. Beneduce, Ombre Corte, 2011.

Favi J.M., *Sofferenza e razionalità africana*, in Aa. Vv., *Salute/Salvezza perno della teologia pastorale sanitaria*, a cura di Sandrin L., Edizioni Camilliane, Torino, 2009, pp.75-83;

Fernand Audric M. – Gouvernement General de l'AOF, *Coutumier du Dahomey*, Imprimerie du Gouvernement, Porto Novo, 1932;

Ferrari E., *Droits de l'homme et constitutions africaines*, in Aa. Vv., *International Conference on African constitutions (Bologna, 26-27 Novembre 1998)*, cit., pp. 77-96 ;

Field M.J., *Witchcraft as a primitive interpretation of mental disorder*, in «J. Ment. Sci.», (1955), 101, pp. 826-833;

Filippi V., Ronsmans C., Campbell O.M.R., Graham W.J., Mills A., Borghi J. et al. *Maternal health in poor countries: the broader context and call for action*, in «Lancet», (2006) 368, pp. 1535-1541;

Fimiani M., *La follia. Per una logica dell'ossimoro*, in L. Chieffi (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, cit., pp. 293-252;

Fitzpatrick M., Campbell G., Carmichael B., Wildman K., Young I., *West Africa* (quinta ed.), tr. it. *Costa d'Avorio, Ghana, Togo, Benin, Nigeria, Camerun. Tra cerimonie, leggende e amuleti*, EDT, Torino, 2003;

Flauss J.F., *L'application nationale de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, Bruylant, Bruxelles, 2006;

Fornero G., *Bioetica cattolica e bioetica laica. Con un Poscritto 2009*, Mondadori, Milano, 2009;

Id., *Laicità debole e laicità forte. Il contributo della bioetica al dibattito sulla laicità*, Mondadori, Milano, 2008;

Furlan E., *Bioetica e dignità umana. Interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*, FrancoAngeli, Milano, 2009;

Foster G., *Anthropological research perspectives on health problems in developing countries*, in «Social Science and Medicine», 18 (1984) 10, pp. 847-854;

Fottrell E. - Kanhonou L. - Goufodji S. - Béhague D.P. - Marshall T. - Patel V. - Filippi V., *Risk of psychological distress following severe obstetric complications in Bénin: the role of economics, physical health and spousal abuse*, in «The British Journal of Psychiatry», (2010) 196, pp. 18-25;

Foucault M., *Folie et Dérailson. Histoire de la folie à l'âge classique*, I ed., Plon, Paris, 1961; tr. it. Rizzoli, Milano, 1963 ;

Id., *Histoire de la folie à l'âge classique suivi de Mon corps, ce papier, ce feu et La folie, l'absence d'œuvre, deuxième édition*, Ed. Gallimard, Paris, 1972; tr. it. *Storia della follia*

nell'età classica, Rizzoli, Milano, 1973 (si è citato dall'ed. a cura di Galzinga M., BUR, Milano, 2015);

Id., *Maladie mentale et psychologie*, PUF, Paris, 1954; tr. it., *Malattia mentale e psicologia*, a cura di Polidori F., Raffaello Cortina, Milano, 1997;

Id., *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974*, ed. by Ewald F. - Fontana A. - Lagrange J., Hautes Etudes, Paris, 2003; tr. it. a cura di Bertani M., Feltrinelli, Milano, 2004;

Id., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, PUF, Paris, 1963; tr. it., *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, intr. e trad. di Fontana A., Einaudi, Torino, 1969;

Id., *La Naissance de la Biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*; tr. it., *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, a cura di Ewald F., Fontana A. e Senellart M., trad. Bertani M. e Zini V., Feltrinelli, Milano 2005;

Id., *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France 1988-1978* ed by Ewald F. - Fontana A. - Senellard M., Gallimard, Paris, 2004; tr. it. *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977-1978)*, a cura di Napoli P., Feltrinelli, Milano, 2007;

Fourn E., *La situation de la femme béninoise hier et aujourd'hui*, in «Annales de Faculté des Lettres Arts et sciences Humaines», (2005) 10, pp. 304-340;

Fourn L. - Yacoubou A.M. - Zohoun T., *Essai d'Evaluation des Aspects Médicaux du Vieillissement au Bénin*, in «Médecine d'Afrique Noire», 38 (1991) 4, pp. 252-260 ;

Freeman M., *Human Rights. An Interdisciplinary Approach*, Polity Press, Cambridge, 2002;

Gadamer H.G., *Wahrheit und Methode*, 1960, Tübingen; tr. it. *Verità e metodo*, a cura di Vattimo G., Bompiani, Milano, (I ed. 1983), 2010;

Id., *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1993; tr. it., *Dove si nasconde la salute*, a cura di Grieco A. e Lingiardi V., trad. di Donati M. e Ponzio M.E., Raffaello Cortina, Milano, 1994;

Gahungu M., *Le sfide dell'inculturazione in Africa. Riflessione alla luce del Sinodo speciale del 1994*, LAS, Roma, 2007;

Gainsi E. - Fourn L. - Akpo C., *Sterilité masculine et infection uretrale au C.N.H.U. de Cotonou*, in «Médecine d'Afrique Noire», 37 (1990) 9, pp. 472-480;

Gardou C., *Diversità, vulnerabilità e handicap. Per una nuova cultura della disabilità*, Erickson, Trento, 2006;

Gasner J., *Libération du vaudou dans la dynamique d'inculturation en Haiti*, Pontificia Università Gregoriana, Roma, 1999;

Gatti M.- Bussotti L.- Nhauelque L., *Africa, afrocentrismo e religione*, Aviani, Udine, 2010;

Gbmedenou P., *L'initiative de Bamako: espoir ou illusion. Réflexion autour de l'expérience béninoise*, in «Cahiers Santé», (1994) 4, pp. 281-288;

Geschiere P., *Sorcellerie et modernité : retour sur une étrange complicité*, in «Politique Africaine», 79 (2000), pp. 17-32;

Id., *Sorcellerie et politique en Afrique. La viande des autres*, Karthala, Paris, 1995;

Gessa Kurotschka V., *Interculturalità e questioni di genere*, in «Filosofia e questioni pubbliche», XII (2008) 1, pp. 7-106;
Id., *Narrative identitarie e giustizia*, in Aa. Vv., *Interculturalità. Tra etica e politica*, cit., pp. 87-100;

Ghermandi G., *Regina di fiori e di perle*, Donzelli, Roma, 2011;

Giannichedda M.G., *La salute mentale e i diritti della persona*, in Canovacci L. (a cura di), 1978-2008: *Trent'anni di sanità fra bioetica e prassi quotidiane*, Commissione Regionale di Bioetica della Toscana, 2010;

Gilligan C., *In a Different Voice*, Harvard University Press, Cambridge, 1982; tr. it., *Con voce di donna*, Feltrinelli, Milano, 1991;

Gilroy P., *The black Atlantic. L'identità nera tra modernità e doppia coscienza*, Meltemi editore, Roma, 2003;

Giunipero C., *La Convenzione Unesco sulla diversità culturale alla prova delle migrazioni*, in «Istituto per gli Studi di Politica Internazionale», (luglio 2007) 60, pp. 1-5;

Ghedin E., *Ben-essere disabili. Un approccio positivo all'inclusione*, Liguori, Napoli, 2009;

Gittleman R., *Introductory Note to the Banjul Charter on Human and People's Rights*, in «International Legal Materials», 21 (1982) 1, pp. 58-68;

Gleason J., *Orisha: the Gods of Yorubaland*, Atheneum, New York, 1971;

Goffman E., *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, Prentice- Hall, Englewood Cliffs, 1963; tr. it. *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte Cartografie Editore, Verona, 2003;

Gomes do Espirito Santo E. - Floury B. - Cissé M., *Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou (Bénin)*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 76 (1998) 2, pp. 195-201;

Greblo E., *Capacità e diritti umani*, in «Etica & Politica», XV (2013) 1, pp. 563-582;

Green E.C., *Can collaborate proper between biomedical and African indigenous health practitioners succeed*, in «Social Science and Medicine», XXVII (1988) 11, pp. 1125-1130;

Grieco G., *Benin. La mia Africa, la mia Chiesa*, Piemme, Casale Monferrato, 2003;

Gritti P. - Gagliarsi S., *Stigma ed esclusione sociale nelle malattie mentali*, in Chieffi L. (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, cit., pp. 253-269;

Grivat O., *Fistules obstétricales : «La souffrance des femmes n'a pas de frontières*, in «Tribune Médicale», 24 (14 juin 2013) p. 6.

Guerin M., *Le voodoo fon dans le Royaume d'Allada (Bas-Dahomey): ses images et ses symboles*, Cotonou, 1972;

Guolo R., *L'Islam è compatibile con la democrazia?*, Laterza, Roma-Bari, 2004;

- Habermas J., *Theorie des kommunikativen Handelns*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1981; tr. it. *Teoria dell'agire comunicativo*, a cura di Rinaudo P., 2 voll., il Mulino, Bologna, 1986;
- Id., *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1983, tr. it. *Etica del discorso*, a cura di Agazzi E., Laterza, Roma-Bari, 1989;
- Id., *Die postnationale Konstellation und die Zukunft der Demokratie*, in Id., *Die postnationale Konstellation. Politische Essays*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1998; tr. it. *La costellazione postnazionale. Mercato globale, nazioni, democrazia*, a cura di Ceppa L., Feltrinelli, Milano 1999.
- Id., *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2001; tr. it. *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale* (2001), a cura di Ceppa L., Einaudi, Torino, 2002;
- Id., *Kampf um Anerkennung im demokratischen Rechtsstaat*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1996, tr. it. *Lotta di riconoscimento nello stato democratico di diritto*, in Habermas J. - Taylor C., *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*, trad. a cura di Ceppa L. - Rigamonti G., Feltrinelli, Milano, 2010², pp. 63- 110;
- Id., *Die Enbeziehung des Anderen. Studien zur politischen Theorie*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1996, tr. it. *L'inclusione dell'altro. Studi di teoria politica*, a cura di Ceppa L., Feltrinelli, Milano, 2013²;
- Hahn R.A. - Kleinman A., *Belief as Pathogen, Belief as Medicine: "Voodoo Death" and the "Placebo Phenomenon" in Anthropological Perspective*, in «Medical Anthropology Quarterly», 14 (August, 1983) 4, pp. 3 e 16-19;
- Hall S., *Cultural Identity and Diaspora*, in *Colonial Discourse and Postcolonial Theory*, ed. by Williams P. - Chrisman L., Columbia Univ. Press, New York, 1994;
- Hammond-Tooke D., *Rituals and medicines*, AD. Donker, Johannesburg, 1989;
- Hampate Ba. A., *Aspects de la civilisation africaine*, Présence Africaine, Paris, 1972;
- Id., *Amkoullel, l'enfant peul. Mémoires*, Actes Sud, Paris, 1991;
- Hanks J.R., Hanks L.M., *The Physically Handicapped in Certain Non-occidental Society*, in «Journal of Social Issues», 4 (1948) 4, pp. 11-20;
- Hari D., *Il traduttore del silenzio*, Edizioni Piemme, Casale Monferrato, 2009;
- Harris J., *The Value of life. An Introduction to Medical Ethics*, Routledge & Regan Paul, London, 1985;
- Hartog K. - Gow K., *Religious attribution pertaining to the causes and cures of mental illness*, in «Mental Health, Religion and Culture», 8 (2005) 4, pp. 263-276;
- Hegel G.W.F., *Vorlesungen über die Philosophie der Weltgeschichte*, Hamburg, 1996; tr. it. *Filosofia della storia universale. Secondo il corso tenuto nel semestre invernale 1822-23*, a cura di Dellavalle S., Einaudi, Torino, 2001;
- Heller Á. - Fehér F., *The Political Postmodern Condition*, Columbia University Press, New York, 1988;
- Héritier F., *De la violence*, Odile Jacob, Paris, 1996;

Herskovits M.J., *Cultural Relativism: Perspectives in Cultural Pluralism*, Random House, New York, 1972;

Hirsi Ali A., *Infedele*, tr. it. Annoni I. e Giri G., Rizzoli, Milano, 2008²;

Hobsbawm E., *Introduction*, in Hobsbawm E.- Ranger T. (ed. by), *L'invention de la tradition*, Editions Amsterdam, Paris, 2006;

Horton R., *African traditional thought and western science*, in «Africa», 31 (1967) 71, pp. 155-187;

Hottois G. - Parizeau M.H. (ed. by), *Les mots de la bioéthique*, De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 1995;

Houngnikpo M.H. - Decalo S., *Historical Dictionary of Bénin*, Fourth Edition, The Scarecrow Press, Inc., Lanham-Toronto-Plymouth, 2013;

Hounwanou R.T., *Le Fâ. Une géomancie divinatoire du golfe du Bénin (pratique et technique)*, Les Nouvelles Editions Africaines, Lomé, 1984;

Howard R., *Human Rights in Commonwealth Africa*, Rowman Littlefield, Lanham, 1986;

Hrdy S.B. - Hausfater G., *Infanticide. Comparative and Evolutionary Perspectives*, Aldine, New York, 1984;

Huntington S.P., *The Clash of Civilizations?*, in «Foreign Affairs», 72 (1993) 3, pp. 22-49;
Id., *The Clash of Civilization and the Remaking of World Order*, Simon & Shuster, New York, 1996; tr. it. *Lo scontro delle civiltà e il nuovo ordine mondiale*, Garzanti, Milano, 1997.

Hurbon L., *Les mystères du vaudou*, Gallimard, Paris, 1993;

Ianes D., *La speciale normalità. Strategie di integrazione e inclusione per le disabilità e i Bisogni Educativi Speciali*, Erickson, Trento, 2002;

Ibe Chiwuba A., *The politics of HIV, Aids in Africa. A confrontation between the Western and indigenous prevention policies in Nigeria and Uganda*, If Press, Firenze, 2009;

Ignatieff M., *Humans Rights as Politics and Idolatry*, ed. by Gutmann A., Princeton University Press, Princeton, 2001; tr. it. *Una ragionevole apologia dei diritti umani*, a cura di D'Alessandro S., Feltrinelli, Milano, 2003;

Jacoby A. - Snape D. - Baker G.A., *Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder*, in «Lancet Neurol.», 4 (2005), pp. 171-178;

Jaffré Y. - Olivier de Sardan J.-P. (ed. by), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, 2003;

Jansen J.M., *Health, Religion, and Medicine in Central and Southern African Traditions*, in L.E. Sullivan (ed. by), *Healing and Restoring: Health and Medicine in the World's Religious Traditions*, Macmillan, New York, 1989;

Johansson S.R., *Deferred Infanticide: Excess Female Mortality During Childhood*, in Hrdy S.B. - Hausfater G., *Infanticide. Comparative and Evolutionary Perspectives*, cit., pp. 463-486;

Kadya Tall E., *De la démocratie et des cultes voduns au Bénin*, in «Cahiers d'Etudes Africaines», 35 (1995) 137, pp. 195-208;

Kampmeier R.H., *The Tuskegee study of untreated syphilis*, in «South Medicine Journal», vol. 65 (1972) 10, pp. 1247-1251;

Kane C.H., *L'aventure ambiguë*, Julliard, Paris, 1961;

Kant I., *Grundlegung der Metaphysik der Sitten* (1975), trad. it. *Fondazione della metafisica dei costumi*, in *Scritti morali*, a cura di Chiodi P., Unione tipografico-editrice torinese, Torino, 1970;

Id., *Zum ewigen Frieden. Ein philosophischer Entwurf von Immanuel Kant* [1975], ora in *Kants Werke*, hrsg. Von der königlich Preußischen Akademie der Wissenschaft, Band VIII, pp. 341-386; tr. it. *Per la pace perpetua. Un progetto filosofico di Immanuel Kant*, in Id., *Scritti di storia, politica e diritto*, a cura di Gonnelli F., Laterza, Roma-Bari, 1999, pp. 163-207;

Kaplan H.I. - Sadock B.J. - Crebb J.A., *Normal sleep and sleep disorders*, in Id., *Synopsis of psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1994, pp. 699-716;

Kapuściński R., *Ebano*, tr. it. a cura di Verdiani V., Feltrinelli, Milano, 2013;
Id., *Se tutta l'Africa*, Feltrinelli, Milano, 2012;

Karlovassitou A. - Dimitrakoudi E. - Armentsoudis P. - Boufidis Karapanayotidis T. - Hamlatzis P. - Baloyannis S., *Sleep epilepsy in adults*. Paper presented at the 12th meeting of the European Neurological Society, March 2004;

Kaufmann M., *Diritti umani*, Guida, Napoli, 2009;

Kedzierska A. - Jouvelet B., *Guérisseurs et féticheurs : la médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest*, Éditions Alternatives, Paris, 2006;

Kimani V.N., *The unsystematic alternative: towards plural health care among the central Kikuyu of central Kenya*, in «Social Science and Medicine», (1981) 15 B, pp. 333-340;

Kinkhela N. - Bibeau G. - Corin E., *Step toward a new system of public health in Zaire*, in Ademuwagun Z.A. - Ayoade J.A.A. - Harrison I.E. - Warren D.M. (ed. by), *African therapeutic systems*, Crossroads Press, London, 1979, pp. 217-224;

Kipling R., *The White Man's Burden*, in «McClure's Magazine», (February 1899) 12, pp. 353-361;

Klein T., *Selecting therapies in Benin: making choices between informal, formal, private and public health services*, in «Afrika Spectrum», 42 (2007) 3, pp. 461-481;

- Koutekissa M., *Contes et légendes au Bénin: le soleil et la lune*, Cyr, Echirolles (Isère), 2009 ;
- Kpatchavi A., *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest*, UAD, Cotonou, 2011;
- Kulse H. - Schüklenk U. - Singer P., *Bioethics: an anthology*, Blackwell publishers, Oxford, 1999;
- Lambo T.A., *Traditional African cultures and western medicine. A critical review*, in F.N.L. Poynter (ed.), *Medicine and culture*, Wellcome Institute, London, 1969, pp. 201-210;
- Landy D., *Role adaption: traditional curers under the impact of Western medicine*, in «American Ethnologist», I (1974) 1, pp. 103-127;
- Larsen U., *Primary and Secondary Infertility in Sub-Saharan Africa*, in «International Journal of Epidemiology», 29 (2000), pp. 285-291;
- Lasalvia A. - Tansella M., *Fighting discrimination and stigma against people*, in «Epidemiologia e Psichiatria Sociale», 17 (2008) 1, pp. 1-9;
- Last M. - Chavunduka G.L. (ed. by), *The professionalization of African medicine*, Manchester University Press, Manchester and Dover, 1986;
- Laourou H.M., *Mortalité différentielle selon la région de résidence au Bénin*, in «Genius», LI (1995) 1-2, pp. 69-93;
- Law R., *Dahomey and the Slave Trade: Reflections on the Historiography of the Rise of Dahomey*, in «The Journal of African History», 27 (1986) 2, pp. 237-267;
- Leach E., *Etnografia tribale: passato, presente, futuro*, in «Ossimori», I (1978) 1, pp. 48-56;
- Lecaldano E., *Un'etica senza Dio*, Laterza, Roma-Bari, 2006;
Id., *Diversità culturali tra liberalismo e consequenzialismo*, in Botti C., *Etiche della diversità*, cit., pp. 21-41;
- Lee R.P.L., *Comparative studies of health care systems*, in «Social Science & Medicine», 16 (1982) 6, pp. 629-642;
- Legissa G. (a cura di), *Filosofie in Africa*, Mimesis, Milano, 2007;
- Leighton A.H. -Lambo T.A - Hughes C.C. - Leighton D.C. - Murphy J.- Macklin D.B., *Psychiatric disorders among the Yoruba*, Cornell University Press, Ithaca, NY, 1963;
- Lengauer L., *Leprosy in the Benin and warri areas of Nigeria*, in «Leprosy Review», XIX (1948) 1, pp. 14-20;
- Lenoir R., *Les exclus: un Français sur dix*, Seuil, Paris, 1974;
- Lévy Bruhl L., *L'âme primitive*, Presses Universitaires de France, Paris, 1927; tr. it. *L'anima primitiva*, cura di Macchioro A., Bollati Boringhieri, Torino, 1990;

Lévi-Strauss C., *Les structure élémentaires de la parenté*, Presses Universitaires de France, Paris, 1947; tr. it. *Le strutture elementari della parentela*, a cura di Cirese A.M. e Serafini L., Feltrinelli, Milano, 2003 (I ed. 1969) ;

Id., *Race et culture*, in «Revue internationale des Sciences sociales», XXIII (1971) 4, pp. 647-666 ; tr. it., *Razza e cultura*, in *Lo sguardo da lontano. Antropologia, cultura e scienza a confronto* (1983), tr. it. di Levi P., Einaudi, Torino 1984;

Lévinas É., *Alterité et transcendance*, intr. Hayat P., Fata Morgana, Montpellier, 1995; tr. it. *Alterità e trascendenza*, tr. it. Regazzoni S., Il Melangolo, Genova, 2006;

Id., *Éthique et infini*, Fayard, Paris, 1982; *Etica e infinito. Il volto dell'altro come alterità etica e traccia dell'infinito*, tr. it. Baccarini E., Città Nuova, Roma, 1984;

Id., *De l'existence à l'existant*, M. Dauer, Paris, 1947; tr. it. *Dall'esistenza all'esistente*, premessa di P.A. Rovatti, Marietti, Casale Monferrato, 1986;

Id., *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Martinus Nijhoff, La Haye, 1974; tr. it. *Altrimenti che essere o al di là dell'essenza*, tr. di Petrosino S. –Aiello M.T., intro di Petrosino S., Jaca Book, Milano, 2011;

Id., *L'humanisme de l'autre homme*, Fata Morgana, Montpellier, 1972; tr. it. *L'umanesimo dell'altro uomo*, trad. e intro. di Moscato A., il Melangolo, Genova, 1985.

Lewis I.M., *Religion in context. Cults and Charisma*, Cambridge University Press, Cambridge, 1986; tr. it. *Possessione, stregoneria, sciamanismo. Contesti religiosi nelle società tradizionali*, a cura di Lanternari V., Liguori, Napoli, 1993;

Li Causi L., *L'antropologia tra etnia e nazione*, Pacini Editore, Pisa, 2008;

Id., *Ridimensionare l'etnia? Note metodologiche sul fenomeno etnico*, in «Ossimori», 6 (1995), pp. 13-19;

Lombardi L., De Zordo S. (a cura di), *La procreazione medicalmente assistita e le sue sfide. Generi, tecnologie e disuguaglianze*, FrancoAngeli, Milano, 2013;

Lombardi Satriani L., *Antropologia culturale e analisi della cultura subalterna*, Pletoriana, Messina, 1998;

Lospinoso M., *Maghi e medici di un paese africano (Senegal)*, Mondini-Siccardi, Genova, 1978;

Lumstein C., *Guarire oltre la coscienza. Il trattamento sciamanico delle malattie mentali*, tr. it. L. Menegoni, in «Anthropos & Iatria», VII (sett. 2003) III, pp. 72-83;

Maccormack C.P., *Health care and the concept of legitimacy*, in «Social Science and Medicine», (1981) 15 B, pp. 423-428;

Maffettone S., *Etica pubblica. La moralità delle istituzioni nel terzo millennio*, Il Saggiatore, Milano, 2001;

Magni S.F., *Etica delle capacità. La filosofia pratica di Sen e Nussbaum*, il Mulino, Bologna, 2006;

Maisto F., *Imputabilità e vulnerabilità*, in «Quaderni di SOUQ», Centro Studi Sofferenza Urbana, (2011) n. 4;

- Makanjuola R.O.A., *Yoruba Healers in Psychiatry I Management of Psychiatry disorders*, in «African Journal of Medical Science», 16 (1987), pp. 61-73;
- Makinde M.A., *Cultural and philosophical dimensions of Neuromedical Sciences*, in «Nigerian Journal of Psychiatry», 1 (1985), pp. 85-100;
- Mancina C., *La laicità al tempo della bioetica*, il Mulino, Bologna, 2009;
- Marasinghe L., *Traditional Conceptions of Human Rights in Africa*, in Welch C. - Meltzer R. (ed. by), *Human Rights and Development in Africa*, State University of New York Press, New York, 1984, pp. 32-45;
- Marcel G., *Être et Avoir*, Aubier, Paris, 1935; tr. it. *Essere e avere*, a cura di Poma I., Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1999;
- Marchesi A., *La protezione internazionale dei diritti umani. Nazioni unite e organizzazioni regionali*, Franco Angeli Editore, Milano, 2012;
- Marin M.- Moreschini C. (a cura di), *Africa cristiana, storia, religione, letteratura*, Morcelliana, Brescia, 2002;
- Maritain J., *Sur la philosophie des droits de l'homme*, in *Oeuvres complete*, Editions Universitaires, Fribourg-Paris, 1990, 15 voll., vol. IX;
- Marx K., *La questione ebraica e altri scritti giovanili*, tr. it. a cura di Panzieri R., Ed. Riuniti, Roma, 1974³
- Massa M., *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in «Rivista italiana di medicina legale», (2013) 1, pp. 179-207;
- Maupoil B., *La Géomancie à l'ancienne Côtes des Esclaves*, Institut Ethnologie, Paris, 1988;
- Mayer A.E., *Islam and Human Rights*, Westview Press, Boulder, 1999;
- Mbaye K., *Introduction to the African Charter on Human and Peoples' Rights*, in International Commission of Jurists (ed. by), *Human and People's Rights in Africa and the African Charter*, Report of a Conference held in Nairobi, 2-4 dicembre 1985, ICJ, Geneva, 1988;
- Id., *Les droits de l'homme en Afrique*, Pedone, Paris, 1992.
- Mbiti J., *African Religions and Philosophy*, Heinemann, Nairobi, 1969;
- Id., *Oltre la magia. Religione e culture nel mondo africano*, SEI, Torino, 1992;
- McCall J.C., *Rethinking ancestors in Africa*, in «Africa» 65 (1995) 2, pp. 256-270;
- Medeghini R., *Disabilità e corso di vita. Traiettorie, appartenenze e processi di inclusione delle differenze*, Franco Angeli, Milano, 2006;
- Medeghini R.- Valtellina E., *Quale disabilità? Culture, modelli e processi di inclusione*, Franco Angeli Editore, Milano, 2006;

- Médénouvo F., *Coutumier du Dahomey*, Présence Béninoise, 2004;
- Mellina S., *Medici e sciamani fratelli separati. Arte del curare tra cielo e terra: etnomedicina, etnopsichiatria, antropologia della salute*, Lombardo Editore, Roma, 1997;
- Menash J., *The Global Financial Crisis and Access to Health Care in Africa*, in «Africa Today», 60 (spring 2014) 3, pp. 35-54;
- Menzio D., *Chiesa e diritti umani*, il Mulino, Milano, 2012;
- Mercier P., *Remarques sur la signification du "tribalism" actuel en Afrique Noire*, in «Cahiers International de Sociologie», XXXI (1961), pp. 61-80;
Id., *Tradition, changement, histoire. Les Somba du Dahomey septentrional*, Anthropos, Parigi, 1968;
- Meyer A. - Birbeck G., *Determinants of the epilepsy treatment gap in developing countries*, in «Neurology», 66 (2006) (5 suppl. 2), A. 343;
- Mezzeti L., *Le democrazie incerte. Transizioni costituzionali e consolidamento della democrazia in Europa orientale, Africa, America Latina, Asia*, Giappichelli, Torino, 2000;
- Migliorini B. et alii, *Scheda sul lemma "Benin"*, in *Dizionario italiano multimediale e multilingue d'ortografia e di pronunzia*, Rai ERI, 2007;
- Minazzi F. - Nolasco L. (a cura di), *Bioetica, globalizzazione ed ermeneutica: l'impegno critico della filosofia nel mondo contemporaneo*, Franco Angeli, Milano, 2003;
- Moffa C., *L'Africa alla periferia della storia*, Guida, Napoli, 1993;
- Molyneux S. - Wenzel Geissler P., *Ethics and ethnography of medical research in Africa*, «Social Science & medicine (1982)» 67 (2008) 5, pp. 658-659;
- Mongbò V. – Godin I. – Mahieu C. – Ouendo E.M – Ouédraogo L., *La césarienne dans le contexte de gratuité au Bénin*, in «Santé Publique», 3 (2016) 28, pp. 399-407;
- Monroe J.C., *In the Belly of Dan: Space, History, and Power in Precolonial Dahomey*, in «Current Anthropology», 52 (2011) 6, pp. 769–798;
- Morakinyo O. - Akiwowo A., *The Yoruba ontology of personality and motivation. A multidisciplinary study*, in «Journal of Social Biology and Structure», 4 (1981), pp. 19-38;
- Morgan C. - Burns T. - Fitzpatrick R. - Pinfold V. - Priebe S., *Social exclusion and mental health. Conceptual and methodological review*, in «British Journal of Psychiatry», 191 (2007), pp. 477-483;
- Mori M., *La fecondazione artificiale: questioni morali nell'esperienza giuridica*, Giuffré, Milano, 1988;
Id., *La fecondazione artificiale. Una nuova forma di riproduzione umana*, Laterza, Roma-Bari, 1995;

Morin P., Attoungbre C., Dallaire B., *The Association St. Camille De Lellis in Côte D'Ivoire: Innovations, Potential, and Limits of a Practice Coming from The "Wretched of the Earth"*, in «Canadian Journal of Community Mental Health», 21 (2002), 2, pp. 151-160;

Mounier E., *Qu'est-ce que le personnalisme?*, Seuil, Paris, 1947; tr. it. *Che cos'è il personalismo?*, a cura di Mottura G., Einaudi, Torino, 1948;

Id., *Le personnalisme*, PUF, Paris, 1949; tr. it. *Il personalismo*, a cura di Campanini G. e Presenti M., Ave, Roma, 1964;

Id., *Personnalisme et Christianisme*, Seuil, Paris, 1961; tr. it., *Personalismo e cristianesimo*, a cura di Lamacchia A., Ecumenica, Bari, 1977;

Moyo D., *La carità che uccide. Come gli aiuti dell'Occidente stanno devastando il Terzo mondo*, tr. it. Lanza L. –Vicentini P., Rizzoli, Milano, 2010;

Id., *La follia dell'Occidente. Come cinquant'anni di decisioni sbagliate hanno distrutto la nostra economia*, tr. it. di Peri F., Rizzoli, Milano, 2011;

Mubiala M., *Le système régional africain de protection des droits de l'Homme*, Bruylant, Bruxelles, 2005;

Mutua Makau M., *The Banjul Charter: The Case for an African Cultural Fingerprint*, in A.A. An-Na'im (ed.), *Cultural Transformation and Human Rights in Africa*, cit., pp. 68-78;

Myser C., *Bioethics around the globe*, Oxford University Press, Oxford, 2011;

N'koué Sambiéni E., *La maternité en souffrance. Socialisation et médicalisation de l'enfantement au nord-est du Bénin*, L'Harmattan, Paris, 2016;

Nathan T., *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986 ; tr. it. *La follia degli altri. Saggio di etnopsichiatria*, a cura di M. Pandolfi, Ponte alle Grazie, Firenze, 1990 ;

Id., *L'étranger ou le pari de l'autre*, Editions Autrement, Paris, 2014;

Id., *Fier de n'avoir ni pays ni amis, qu'elle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, La pensée sauvage, Grenoble, 1993 ; tr. it., *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006;

Nathan T. - Stengers I., *Médecins et sorciers*, Odile Jacob, Paris, 1995; tr. it. *Medici e gli stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996;

Newbury C.W., *A Note on the Abomey Protectorate*, in «Africa: Journal of the International African Institute», 29 (1959) 2, pp. 146–155;

Ngui E.M. - Khasakhala L. - Ndeti D. - Roberts L.W., *Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective*, in «International Review of Psychiatry», 22 (2010)3, pp. 35-244;

Nkafu Nkemnkia M., *Il divino nella religione tradizionale africana. Un approccio comparativo ed ermeneutico*, Città Nuova, Roma, 2011;

Id., *Il pensare africano come «vitalogia»*, pres. Di Ruch E., Città Nuova, Roma, 1997²;

Noordeen S.K., *Elimination de la lèpre en tant que problème de santé publique : situation et perspectives*, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 73 (1995) 2, pp. 143-148 ;

Nozick R., *Anarchy, State and Utopia*, Basic Book, New York, 1974; tr. it. *Anarchia, stato, utopia*, a cura di Ferranti G., Il Saggiatore, Milano, 2008;

Nubukpo P. - Clément J.P. - Houinato D. - Radji A. - Grunitzky E.K. - Avodé G.- Preux P.M., *Psychosocial issues in people with epilepsy in Togo and Benin (West Africa) II: Quality of life measured using the QOLIE-31 scale*, in «Epilepsy & Behavior», 5 (October 2004) 5, pp. 728-734;

Nunziante Cesàro A., *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, FrancoAngeli, Milano, 2000;

Nussbaum M.C., *Nature, Function and Capability: Aristotle on Political Distribution*, in Annas G.J. -Grimm R. (ed. by), *Oxford Studies in Ancient Philosophy*, Clarendon Press, Oxford, 1988; tr. it. *Capacità personale e democrazia sociale*, a cura di Zanetti G., Diabasis, Reggio Emilia, 2005;

Id., *Nature, Function, and Capability: Aristotle on Political Distribution* (1988); tr. it. *Natura, funzione e capacità: la concezione aristotelica della ridistribuzione politica*, in Id., *Capacità personale e democrazia sociale*, Diabasis, Reggio Emilia, 2003;

Id., *Human Functioning and Social Justice: In Defense of Aristotelian Essentialism*, in «Political Theory», 2 (1992) 20, pp. 202-246;

Id., *Capabilities and Human Rights*, in «Fordham Law Review», 66 (1997) 2, pp. 273-300;

Id., *The Good as Discipline, the Good as Freedom*, in Crocker D. -Linden T. (ed. by), *Ethics of Consumption*, Rowman and Littlefield Publishers, Lanham, 1998;

Id., *Women and Human Development. The Capabilities Approach*, Cambridge University Press, Cambridge-New York, 2000; tr. it. *Diventare persone. Donne e universalità dei diritti*, a cura di Mafezzoni W., il Mulino, Bologna, 2001;

Id., *Duties of Justice, Duties of Material Aid. Cicero's Problematic Legacy*, in «Journal of Political Philosophy», 8 (2000), pp. 176-206; tr. it. *Giustizia e aiuto materiale*, il Mulino, Bologna, 2008;

Id., *Women's Capabilities and Social Justice*, «Journal of Human Development», 1 (July 2000) 2, pp. 219-247; tr. it. *Libertà delle donne e giustizia*, in Id., *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, a cura di Greblo E., introduzione di Saraceno C., il Mulino, Bologna, 2002;

Id., *Disabled Lives: Who Cares?*, in «The New York Review of Books», 48 (2001) 1; tr. it.

Id., *Bisogni di cura e diritti umani*, in *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, cit., pp. 27-50;

Id., *The Future of Feminist Liberalism*, «Proceedings and Addresses of the American Philosophical Association», 72 (nov. 2000) 2, pp. 47-79; tr. it. in *Giustizia sociale e dignità umana*, cit., pp. 105-149;

Id., *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*, Harvard University Press, Cambridge, 2006; tr. it. *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, a cura di C. Faralli, Il Mulino, Bologna, 2007;

Id., *Liberty of Conscience: The Attack on Equal Respect*, in «Journal of Human Development and Capabilities», 8 (2007) 3, pp. 337-357; tr. it. *Libertà di coscienza e religione*, a cura di F. Lelli, il Mulino, Bologna, 2009;

Id., *Not For Profit. Why Democracy Needs the Humanities*, Princeton University Press, Princeton, 2010; tr. it. *Non per profitto. Perché le democrazie hanno bisogno della cultura umanistica* (2010), Il Mulino, Bologna, 2010;

Id., *Cultivating Humanity. A Classical Defence of Reform in Liberal Education*, Harvard University Press, Cambridge, 1997; tr. it. *Coltivare l'umanità. I classici, il multiculturalismo, l'educazione contemporanea* (1997), a cura di Paderni S., Carocci, Roma, 2011³;

Id., *Creating Capabilities. The Human Development Approach*, Cambridge (Mass.)-London, The Belknap Press of Harvard University Press, 2011; tr. it. *Creare capacità*, a cura di Falcioni R., il Mulino, Bologna, 2012;

Nussbaum M.C. - Rusconi G.E. - Viroli M. (a cura di), *Piccole patrie grande mondo*, Donzelli, Roma, 1995;

Nussbaum M.C. - Sen A., *The Quality of Life*, Clarendon Press, Oxford, 1993;

Nyamwaya D., *A case study of interaction between indigenous and western medicine among the Potok of Kenya*, in «Social Science and Medicine», XXV (1987) 12, pp. 1277-1287;

Odejide O.A., *Traditional (Native) Psychiatric practice: its role in modern psychiatry in a developing country*, in «The Psychiatry Journal of the University of Ottawa», 4 (1979) 4, pp. 297-301;

Odejide A.O. - Oyewumi L.K. - Ohaeri J.U., *Psychiatry in Africa. An Overview*, in «Am. J. Psychiatry», 146 (1989), pp. 708-716;

Okafor O., *Human Rights in Africa: from the OAU to the African Union*, in «African Studies Review», 49 (2006) 1, pp. 173-174;

Okolo B., *Self as a problem in African Philosophy*, in «International Philosophical Quarterly», XXXII (1992) 4, pp. 477-485;

Id., *What is it to be African?*, Cecta Ltd., Enugu, 1993;

Okonofua F.E., *Argument contre l'élaboration de la technologie reproductive dans les pays en voie de développement*, in «Br J Obstet Gynaecol», (1996) 103, pp. 957-962;

Id., *Les Nouvelles Technologies Reproductives et le Traitement de la Sterilité en Afrique*, in «African Journal of Reproductive Health», 7 (2003) 1, pp. 9-11;

Okonofua F.E., Harris D., Zerai A., Odebiyi A., Snow R.C., *Le sens social de la sterilité au sud-ouest du Nigeria*, in «Health Trans. Rev.», (1997) 7, pp. 2015-220;

Okoth-Ogendo H.W.O., *Human and People's Rights: What Point is Africa Trying to Make?*, in Cohen R. - Hyden G. - Nagan W.P. (ed. by), *Human Rights and Governance in Africa*, University Press of Florida, Gainesville, 1993, pp. 74-86;

Olumide J.L., *The Religion of the Yorubas*, Atheleia Henrietta Press, New York, 1996;

Omais R., *Culture et tradition au Bénin : Le guèlèdè, le vodoun et les femmes dans la santé, l'économie et la culture*, Ed. Sépia, Abidjan (Fondation Atef Omaïs, New York) UNFPA, 2011;

Omonzejele F.P., *Mental health care in African traditional medicine and society: A philosophical appraisal*, in «Eubios Journal of Asian and International Bioethics», 14 (2004), pp. 165-169;

Orhue A.A.E., *Assisted reproduction technology in a resource-limited setting*, in «Benin Journal of Postgraduate Medicine», 10 (2008) 1, pp. 1-19;

Osuntokun B.O., *The traditional basis of neuropsychiatric practice among the Yoruba of Nigeria*, in «Tropical and Geographical Medicine», 27 (1975), pp. 422-430;

Otto R., *Das Heilige* [1917]; tr. it. *Il sacro. L'irrazionale nell'idea del divino e la sua relazione al razionale*, a cura di Buonaiuti E., SE srl, Milano, 2009;

Ouendo E.-M., Makoutodé M., Agueh V., Manko d'Almeida A., *Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako: situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution*, in Audibert M. - Mathonnat J. - de Roodnbeke E. (ed. by), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala, Paris, 2003, pp. 119-129;

Ouendo E.-M., Makoutodé M., Paraiso M.N., Wilmet-Dramaix M., Dujardin B., *Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé)*, in «Tropical Medicine and International Health», 10 (february 2005) 2, pp. 179-186;

Ouguerouz F., *La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples: une approche juridique des droits de l'homme entre tradition et modernité*, Presses Universitaires de France, Paris, 1993;

Id., *The African Charter on Human and Peoples' Rights. A Comprehensive Agenda for Human Dignity and Sustainable Democracy in Africa*, The Hague, New York, 2003;

Owu A., *Dying, death, reincarnation and traditional healing in Africa*, Paper presented at the Twenty-first Annual meeting of the African Studies Association, Baltimore, Maryland, 1978;

Ozekhome F., *The Theory and Practice of Traditional Medicine in Nigeria*, Okey Okwechime & Co Ltd, Lagos, 1990;

Palombella G., *L'autorità dei diritti. I diritti fondamentali tra istituzioni e norme*, Laterza, Roma-Bari, 2002;

Id., *La tutela dei diritti, le discriminazioni, l'uguaglianza. Dai diritti umani ai diritti fondamentali*, in «Ragion Pratica», XXIII (dicembre 2004) 2, pp. 381-409;

Panico A., *Coesione, integrazione, inclusione. La solidarietà nel pensiero sociologico*, Carocci, Roma, 2007;

Paprocki T.J., *Caring for the Sick: The Catholic Contribution and Its Relevance*, in «Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy», 25 (January 2014) 12, pp. 447-461;

Pariotti E., *Disabilità, diritti umani e azioni positive*, in Casadei T. (a cura di), *Lessico delle discriminazioni tra società, diritto e istituzioni*, Diabasis, Reggio Emilia, 2009;

Parrinder J., *La religione tradizionale africana*, Astrolabio Ubaldini, Roma, 1975;

Pasqualotto P., *Per una filosofia interculturale*, Mimesis, Milano-Udine, 2008;

Pasquinelli A., *Infibulazione. Il corpo violato*, Meltemi, Roma, 2007;

Id., *Travelling bodies/ Corpi in viaggio*, in «Filosofia e questioni pubbliche», XIII (2008) 1, pp. 71-84;

Pavanello M., *Fare antropologia. Metodi per la ricerca etnografica*, Zanichelli, Bologna 2010;

Petrarca V., *Demologia e scienze umane*, Guida, Napoli, 1985

Id., *Il cristianesimo allo specchio. Per un'antropologia del cattolicesimo*, in «Terra di Africa» 1996, Unicopli, Milano, 1996, pp. 109-164;

Id., *Pagani e cristiani di fronte alla morte. Note di una ricerca presso gli Agni-Bona (Costa d'Avorio)*, in *Declinazioni d'Africa*, a cura di Turco A., Quaderni del Dipartimento di Culture Comparete, Università degli Studi dell'Aquila, 1, Rubbettino, Soveria Mannelli, 1997, pp. 79-123;

Id., *Messia nero. Stregoneria, cristianesimo e religioni tradizionali in Costa d'Avorio*, Viella, Roma, 2000;

Id., *Pagani e cristiani nell'Africa nera*, Sellerio, Palermo, 2000;

Id., *Grégoire. Il medico dei pazzi*, in «Jesus», XXVIII (Aprile 2006) 4, pp. 56-60;

Id., *Africa, africanisti e migranti nell'indifferenza*, in «Afriche» (periodico trimestrale delle Missioni Africane, n. 83, luglio-settembre, 2009), pp. 22-23;

Id., *I pazzi di Grégoire*, Sellerio, Palermo, 2010²;

Petrini C., *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*, in «Ann. Ist. Super Sanità», 49 (2013) 3, pp. 281-285;

Philo G., *Media images and popular beliefs*, in «Psychiatric Bulletin», 18 (1994), pp. 489-491;

Picciaredda S., *Le chiese indipendenti africane. Una storia religiosa e politica del Novecento*, Carocci, Roma, 2013;

Pietrostefani G., *La tratta Atlantica. Genocidio e Sortilegio*, Jaca Book, Milano, 2000;

Piga A., *L'Islam in Africa. Sufismo e Jihad fra storia e antropologia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003;

Pino G., *Libertà religiosa e società multiculturale*, in Aa. Vv., *Diritto, tradizioni, traduzioni. La tutela dei diritti nelle società multiculturali*, cit., pp. 157-188;

Piovani P., *Normatività e società*, Jovene, Napoli, 1949;

Id., *Linee di una filosofia del diritto*, Cedam, Padova, 1958 (II ed. 1964, III ed. 1968);

Id., *Giusnaturalismo ed etica moderna*, Morano, Napoli, 1961;

Id., *Principi di una filosofia della morale*, Morano, Napoli, 1972 (II ed. 1989);

Id., *Oggettivazione etica ed essenzialismo*, a cura di Tessitore F., Morano, Napoli, 1980 (II ed. 2010);

Id., *Per una filosofia della morale*, a cura di Tessitore F., Bompiani, Milano, 2010;

Plankensteiner B., *Benin*, 5 Continent Edition, Milano, 2010;

Portaels F. –Johnson P. - Meyers W.M. (eds.), *Buruli ulcer. Diagnosis of Mycobacterium ulcerans disease. A manual for health care providers*, WHO, Geneva, 2001;

Possenti V. (a cura di), *Diritti umani e libertà religiosa*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2010;

Potter V.R., *Bioethics. Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall. Inc., 1971; tr. it. *Bioetica. Ponte verso il futuro*, a cura di Ricciardi R., Sicania, Messina, 2000;

Preux P.M. - Druet-Cabanac M., *Epidemiology and aetiology in sub-Saharan Africa*, in «Lancet Neurol», 4 (2005), pp. 21–31;

Prince R., *The Yoruba image of the witch*, in «Journal of Mental Science», 107 (1961), p. 795;
Id., *Indigenous Yoruba psychiatry*, in Kiev A. (ed.), *Magic, faith and healing*, Free Press of Glencoe, New York, 1964, pp. 84-120;

Procesi Xella L. - Nkafu Nkemnkia M., *Prospettive di filosofia africana*, Edizioni associate, Roma, 2001;

Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Cortina Raffaello, Milano, 2006;

Rafael F. - Houinato D. - Nubukpo P. - Dubreuil C.-M. - Si Tran D. - Odermatt P. - Clément J.-P. - Weiss M.G. - Preux P.-M., *Sociocultural and psychological features of perceived stigma reported by people with epilepsy in Bénin*, in «Epilepsia», 51 (2010) 6, pp. 1061-1068;

Ranger T., *L'invenzione della tradizione nell'Africa coloniale*, in *L'invenzione della tradizione*, a cura di Hobsbawn E. e Ranger T., Einaudi, Torino, 1987;

Rawls J., *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge, 1971; tr. it. *Una teoria della giustizia*, a cura di Santin U., Feltrinelli, Milano, 1982;

Id., *Justice as Fairness: Political Not Metaphysical*, in «Philosophy & Public Affairs», 14 (1985), pp. 223-251; tr. it. *Giustizia come equità. Una riformulazione*, trad. di Rigamonti G., a cura di Veca S., Feltrinelli, Milano, 2002;

Id., *The Laws of People*, in «Critical inquiry», (1993), n. 20, poi Cambridge, Massachusetts, 2001; tr. it. *Il diritto dei popoli*, a cura di Maffettone S., Comunità, Torino, 2001;

Id., *Political Liberalism* (1993); tr. it. *Liberalismo politico*, cura di Veca S., trad. di Rigamonti G., Edizioni di Comunità, Milano, 1994.

Regan T. - Singer P. (ed.), *Animal Rights and Human Obligations*, Englewood Cliffs, New York, 1976, tr. it. *Diritti animali, obblighi umani*, Gruppo Abele, Torino, 1987;

Remotti F., *Identità o convivenza?*, in Aa. Vv., *Diritto, tradizioni, traduzioni. La tutela dei diritti nelle società multiculturali*, cit., pp. 55-84;

Resta G., *La dignità*, in Rodotà S. –Zatti P. (a cura di), *Trattato di biodiritto*, vol. I: *Ambito e fonti del biodiritto*, Giuffrè, Milano, 2010, pp. 259-296;

Riccio M., *Democrazia come “valore universale” ed etica interculturale*, in Cacciatore G. - D’Anna G. (a cura di), *Interculturalità. Tra etica e politica*, cit., pp. 101-111;

Riccobono F., *I diritti e lo Stato*, Giappichelli, Torino, 2004;

Ries J. - Sullivan L.E. (a cura di), *Trattato di antropologia del sacro*, vol. X: *Metamorfosi del sacro. Acculturazione, inculturazione, sincretismo, fondamentalismo*, Jaka Book, Milano, 2009;

Rimioli F., *Democrazia, pluralismo, laicità. Di alcune sfide del nuovo secolo*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013;

Rocca G., *Il diritto alla salute e cura dei rifugiati*, in Botti C. (a cura di), *Le etiche della diversità culturale*, cit., pp. 279-291;

Rodotà S., *La vita e le regole*, Feltrinelli, Milano, 2006;

Id., *Perché Laico*, Laterza, Roma-Bari, 2009;

Id., *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2012;

Id., *Solidarietà. Un'utopia necessaria*, Laterza, Roma-Bari, 2014;

Rodotà S. –Zatti P. (a cura di), *Trattato di biodiritto. Salute e sanità*, Giuffré, Milano, 2010.

Roffwarg H.- Erman M., *Evaluation and diagnosis of the sleep disorders: implications for psychiatry and other clinical specialties*, in Hales R.E. –Frances A.J. (eds.), «Annual review», 4 (1985), American Psychiatric Association, Washington DC, p. 294;

Ronald J.T., *Qui assurera l'entretien des personnes âgées ?*, in «La pure vérité. Revue de bonne compréhension», 23 (1985)1, pp. 4-6 ;

Rossi P., *Il concetto di cultura. I fondamenti teorici della scienza antropologica*, Einaudi, Torino, 1970;

Rossi-Doria A., *Diritti umani e diritti delle donne*, in «Contemporanea», 4 (ottobre 2004), pp. 531-553;

Sacra Congregazione per la Dottrina della fede, *De Abortu Procurato*, Enchiridion Vaticanum, 5, Edizioni Dehoniane, Bologna, 1990;

Said E.W., *Orientalismo. L'immagine europea dell'Oriente* (1978), tr. it. di S. Galli, Feltrinelli, Milano, 2004;

Sainhoude Koukpo R., *Le droit de la santé au Bénin : état des lieux*, in Réseau des chercheurs de l'Agence Universitaire de la Francophonie «Droit de la Santé», Animation régionale de Dakar, *Le droit à la santé en Afrique. Actes du Colloque International de Dakar (29 mars- 1 avril 2005)*, Dakar, 2008, pp. 14-27;

Sangiorgio P. - Polselli G.M. (a cura di), *Matti da (non) legare*, Alpes, Roma, 2010;

Saraceno C., *Introduzione: Pensare i bisogni e vedere le relazioni per argomentare la giustizia*, in Nussbaum M.C., *Giustizia sociale e dignità umana*, cit., pp. 7-23;

Sargent C.F., *Born to Die: Witchcraft and Infanticide in Bariba Culture*, in «Ethnology», 27 (1988) 1, pp. 79-95;

Id., *The Cultural Context of Therapeutic Choice*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, 1982;

Sartre J.P., *Prefazione a Fanon F., I dannati della terra*, cit.

Sastre R., *Les Vodun dans la vie culturelle, sociale et politique du Sud-Dahomey*, in *Les religions africaines comme source de valeurs de civilisation*, Colloque de Cotonou, 16-22 août 1970, Présence Africaine, Paris, 1972, pp. 341-342 ;

Schianchi M., *La Terza Nazione del Mondo. I Disabili tra Pregiudizio e Realtà*, Feltrinelli, Milano, 2009;

Schirripa P., *Esperienze di biomedicina e terapie tradizionali nei paesi in via di sviluppo. Il caso del Ghana*, in «Quaderni dell'Istituto di Igiene dell'Università di Milano», (1994) 46, pp. 82-88;

Id., *La professionalizzazione della medicina indigena in Africa. Un percorso bibliografico*, in «I Fogli di Oriss», (1993) 3, pp. 99-112;

Id., *Pluralismo di istituzioni in pluralismo etnico. O di come la democrazia si coniughi nell'offerta dei servizi terapeutici*, in «Ossimori. Periodico di antropologia e scienze umane», (1997) 8, pp. 30-39;

Id., *Promesse e minacce della medicina tradizionale africana*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», (1996) n. 1-2, pp. 155-178;

Id., *Tra legittimazione e invenzione di un sapere tradizionale. La professionalizzazione dei guaritori africani*, «Materiali per lo Studio della Cultura Folclorica», IV (1992-1993) 7-8, pp. 29-38;

Id., *Medicina tradizionale e questioni di potere. La professionalizzazione della medicina indigena in Ghana*, in «I fogli di Oriss», (1993) 1, pp. 63-84;

Schirripa P. - Vupliani P., *Forme e pratiche del confronto tra sistemi medici*, in Aa. Vv., *L'ambulatorio del guaritore*, cit., pp. 7-39;

Scrimshaw S., *Infanticide in Human Populations: Societal and Individual Concerns*, in Hrdy S.B. - Hausfater G., *Infanticide. Comparative and Evolutionary Perspectives*, cit., pp. 439-462;

Searle J.R., *La costruzione della realtà sociale* (1955), trad. it. di Bosco A., Einaudi, Torino, 2006²;

Semple D.M., *Disorders of sleep and wakefulness*, in Johnston E.C. -Cunningham-Owens D.G. -Lawrie S.M. - Sharpe M. -Freeman C.P.L. (eds.), *Companion to psychiatric studies*, Churchill Livingstone, Edinburgh, 2004, pp. 772-791;

Selasi T., *La bellezza delle cose fragili*, Einaudi, Torino, 2013;

Sen A.K., *Commodities and Capabilities*, North Holland, Amsterdam, 1985;

Id., *On Ethics and Economics*, Basil Blackwell, Oxford, 1987; tr. it. *Etica ed Economia*, a cura di Maddaloni S., Laterza, Roma-Bari, 2006⁵;

Id., *Rights and Agency*, in «Philosophy and Public Affairs», 11 (1982) 1, pp. 3-39;

Id., *Rights as Goals*, in «Archiv für Rechts und Sozialphilosophie», 1 (1984), pp. 12-25;

Id., *Rights and Capabilities* (1984); tr. it. *Diritti personali e capacità*, in Id., *Risorse, valori, sviluppo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992;

Id., *Well-being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984*, in «Journal of Philosophy», (1985) 82, pp. 169-221;

Id., *Choice, Welfare and Measurement*, Basil Blackwell, Oxford, 1982; *Scelta, benessere, equità*, Il Mulino, Bologna, 1986;

Id., *Inequality Reexamined*, Oxford University Press, Oxford, 1992, tr. it., *La disuguaglianza. Un riesame critico*, a cura di Balestrino A. e Mazzanti G.M., Il Mulino, Bologna, 2010³;

Id., *Positional Objectivity*, in «Philosophy and Public Affairs», 22 (1993) 2, pp. 126-145;

Id., *Individual freedom as social commitment*, in «The New York review of Books», (1990), tr. it. *La libertà individuale come impegno sociale*, a cura di Scarpa C., Laterza, Roma-Bari, 1999;

Id., *Development as Freedom*, Anchor Books, New York, 2000; tr. it. *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, trad. di Rigamonti G., Mondadori, Milano, 2000;
 Id., *Freedom and Globalization* (2002); tr. it. *Globalizzazione e libertà*, a cura di Bono G., Mondadori, Milano, 2002, pp. 69-78
 Id., *Elements of a Theory of Human Rights*, in «Philosophy & Public Affairs», 32 (2004) 4, pp. 315-356;
 Id., *La democrazia degli altri. Perché la libertà non è un'invenzione dell'Occidente*, a cura di Piccato A., Mondadori, Milano, 2004
 Id., *Democracy as a Universal Value*, in «Journal of Democracy», X (1999) 3; tr. it. *La democrazia come valore universale*, in *La democrazia degli altri*, cit.;
 Id., *Democracy and its Global Roots*, in «The New Republic», (2003), tr. it. *Le radici globali della democrazia*, in Id., *La democrazia degli altri*, cit.;
 Id., *Identity and violence: The Illusion of Destiny* (2006); tr. it. *Identità e violenza*, a cura di Galimberti F., Laterza, Roma-Bari, 2008.

Sen A.K., Maffettone S., Fassino P., *Giustizia globale*, il Saggiatore, Milano, 2006;

Sen A.K. - Williams B. (ed. by), *Utilitarianism and Beyond*, Cambridge University Press, Cambridge, 1982; tr. it. *Utilitarismo e oltre Giustizia, benessere, diritti, nell'era del mercato globale*, tr. di Besussi A., cura di Veca S., Il Saggiatore, Milano, 2002;

Seneca L.A., *Lettere a Lucilio*, I, Libro VIII, lettera 70, Rizzoli, Milano 1999;

Sgreccia E. - Casini M., *Diritti umani e bioetica*, in «Medicina e Morale», (1999) 1, pp. 17-46;

Shweder R., *Thinking Through Cultures*, Harvard University Press, Cambridge, 1991;

Simpson G.E., *Changes in Yoruba Religion and Medicine*, in Aa. Vv., *Yoruba religion and medicine in Ibadan*, Ibadan University Press, University of Ibadan, Nigeria, 1980, pp. 143-169;

Singer P., *Animal liberation: a new ethics for our treatment of animals*, Avon Books, New York, 1975; tr. it. *Liberazione animale*, a cura di Cavalieri P., Mondadori, Milano, 1991;

Id., *Practical ethics*, Cambridge University Press, Cambridge, 1979; tr. it. *Etica Pratica*, a cura di Ferranti G., pref. di Maffettone S., Liguori, Napoli, 1989;

Id., *The Expanding Circle: Ethic and sociobiology*, Farrar, Straus & Giroux, New York, 1981 poi integrato e riedito con il titolo *The Expanding Circle: Ethics, Evolution and Moral Progress*, Princeton University Press, Princeton, 2011;

Id., *In defence of animals: the second wave*, Basil Blackwell, New York, 1985; tr. it. *In difesa degli animali*, Lucarini, Roma, 1987;

Id., *Rethinking life & Death. The collapse of our traditional ethic*, Text Publishing Company, Melbourne, 1994; tr. it. *Ripensare la vita: la vecchia morale non serve più*, a cura di Rini S., Il Saggiatore, Milano, 1996;

Id., *Writings on an Ethical Life*, Ecco Press, New York, 2000; tr. it. *La vita come si dovrebbe*, a cura di Ferreri E., Rini S., Montes S., Romano S., Il Saggiatore, Milano, 2001;

Id., *One world: the ethic of globalization*, Yale University Press, New Haven, 2002; tr. it. *One world: l'etica della globalizzazione*, a cura di Cavalieri P., Einaudi, Torino 2003;

Solinas P.G., *Luoghi d'Africa. Forme e pratiche dell'identità*, Carocci, Roma, 1995;

- Soyinka W., *Mito e letteratura nell'orizzonte culturale africano*, Jaca Book, Milano, 1995;
- Soumonni E., *Disease, religion and medicine: smallpox in nineteenth-century Benin*, in «História, Ciências, Saúde», 19 (2012), pp. 35-45;
- Spivak G.C., *Critica della ragione postcoloniale*, a cura di Calefato P., Meltemi, Roma, 2004;
- Tabutin D. - Klissou P. - Amadou Sanni M. - Marcoux R., *Urbanisation et développement : Théories, faits et défis de recherche*, Introduzione a Klissou P. - Marcoux R. - Tabutin D., *Villes du sud : Dynamiques, Diversités, Enjeux Démographiques et Sociaux*, Archives Contemporaines, Paris, 2009, pp. 9-27;
- Taddia I. - Nicolini B. (a cura di), *Il corno d'Africa. Tra medicina, politica e storia*, Novalogos, Aprilia, 2011;
- Taglialatela E., *I diritti riproduttivi tra genere, identità del corpo e autodeterminazione*, in L. Chieffi e J. Salcedo Hernandez (a cura di), *Questioni di inizio vita*, cit., pp. 617-638;
- Takpara I., de Souza J., JAkppovi., Azilinson D.L., Perrin R.X., Alihonou E., *Assistance médicale à la procréation (AMP) à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU de Cotonou : indications et étude de faisabilité*, in «Le Bénin Médical», (1998) 8, pp. 36-39;
- Tall E.K., *Le Centre de Neuropsychiatrie de Jacquot : Un itinéraire ou les difficultés de la mise en place des structures de la Psychiatrie Africaine*, in «Psychopathologie Africaine», 1 (1988) 28, pp 5-20;
- Taylor A.C., «Ethnie» in Bonte P. e Izard M., *Dictionnaire de l'Ethnologie et de l'Anthropologie*, P.U.F., Paris, 1991, p. 242;
- Taylor C., *The Politics of recognition*, Princeton University Press, Princeton, 1992, tr. it. *La politica del riconoscimento*, in Habermas J. - Taylor C., *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*, cit., pp. 9-62.
- Id., *Sources of the Self: The Making of Modern Identity*; tr. it. *Radici dell'io: la costruzione dell'identità moderna*, a cura di Rini R., Feltrinelli, Milano, 1993;
- Id., *A saecular Age*, Harvard University Press, Harvard, 2007; tr. it. *L'età secolare*, a cura di Costa P., Feltrinelli, Milano, 2009.
- Tedesco F., *I diritti umani alla prova del relativismo. La critica dei "valori asiatici"*, in Casadei Th. (a cura di), *Diritti umani e soggetti vulnerabili. Violazioni, trasformazioni, aporie*, cit., pp. 45-60.
- Tessitore F. - Acocella G. (a cura di), *Bibliografia di Pietro Piovani 1946-1982*, in Tessitore F., *Pietro Piovani*, Napoli, Giannini, 1982;
- Tessitore F., *Pietro Piovani*, cit.;
- Texeira M. - Bajos N.- Guillame A., L'equipe ECAF, *De la contraception hormonale en Afrique de l'Ouest : Effet secondaires et usages à la marge*, in Desclaux A. - Egrot M., *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, IRD/L'Harmattan, Paris, 2015, pp. 181-195;

Thomas L.V., *Corps et société: le cas négro-africain*, in «Cahiers des Religions Africaines», 24 (Janvier-Juillet 1990) 47, pp. 193-194;

Tidjani A., *Notes sur le mariage au Dahomey*, Nouvelles du Sud, Bénin, 1988;

Todorov T., *La Conquête de l'Amérique*, Edition du Seuil, Paris, 1982; tr. it. *La conquista dell'America. Il problema dell'«altro»*, a cura di Serafini A., Einaudi, Torino 1992²;

Id., *Les Morales de l'histoire*, Grasset & Fasquelle, Paris, 1991; tr. it. *Le morali della storia* (1991), a cura di Sessi F., Einaudi, Torino 1995;

Id., *La vie commune. Essai de anthropologie générale*, Seuil, Paris, 1995; tr. it. *La vita in comune. L'uomo è un essere sociale*, a cura di Dongiovanni C., Pratiche Editrice, Milano 1998.

Tonda J., *La violence de l'imaginaire des enfants-sorciers*, in «Cahiers d'Études africaines», XLVIII (2008) 1-2, pp. 325-343;

Traoré D., *Médecine et magie africaines: ou comment le noir se soigne-t-il?*, Présence africaine, Paris, 1983;

Turner V.W., *Schism and Continuity in An African Society. A Study of Ndembu Village Life*, Manchester University Press, Manchester, (1957) 1971²; tr. it. *Rottura e continuità in una società africana. La vita in un villaggio Ndembu*, in Aa. Vv., *La politica della parentela. Analisi situazionali di società africane in transizione*, cit., pp. 147-207;

Turolfo F., *La globalizzazione della bioetica: un commento alla Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani*, Gregoriana, Padova, 2007;

Uwakwe R. –Otakpor A., *Public mental health- using the Mental Health Gap Action Program to put all hands to the pumps*, in «Frontiers in public health», 2 (22 April 2014) 33, pp. 1-5;

Valente P., *Studi e testimonianze sulla pratica del vidomègon nello stato del Benin*, in «Deportate, esuli, profughe», 7 (2007), pp. 338-342;

van Dyk A.C., “*Why me and not my neighbour?*” *HIV/AIDS care and counselling in a traditional African context*, in «Curationis», 24 (August 2011) 3, pp. 4-11;

Veca S., *Un'idea di laicità*, Bologna, il Mulino, 2013;

Venturini E. - Atti S., *Per una politica di salute mentale: il ruolo svolto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in Africa*, in «Rivista trimestrale di studi e documentazione dell'Istituto Italiano per l'Africa e l'Oriente», a. 39 (settembre 1984) 3, pp. 375-390;

Viljoen H.G., *Eastern and African perspectives*, in Meyer W.F. - Moore C. - Viljoen H.G. (ed. by), *Personology: From individual to ecosystem*, Heinemann, Johannesburg, 1997, pp. 591-627;

Vincent G., «*On m'appelle courte vie*». *La maladie SS au Congo, Kinshasa (2004-2006)*, Mémoire de DEA, Université d'Aix-en-Provence, Marseille, 2006;

Visconti C., *Africa e diritti umani. Dalle carte costituzionali al sistema africano di protezione dei diritti umani*, libreriauniversitaria.it edizioni, Padova, 2012;

Viti F., *Schiavi, servi e dipendenti. Antropologia delle forme di dipendenza personale in Africa*, Raffaello Cortina, Milano, 2007;

Wallerstein I., *Ethnicity and National Integration in West Africa*, in «Cahier d'études africaines», I (1960) 3, pp. 129-139;

Wiredu K., *Cultural Universals and Particulars: An African perspective*, Indiana University Press, Bloomington, 1996;

Wittgenstein L., *Bemerkungen über Frazers «The Golden Bough»*, in «Synthese», XVII (1931), pp. 233-253, tr. it. *Note sul «Ramo d'oro» di Frazer (1931)*, a cura di de Waal S., Adelphi, Milano, 1975;

Wolgast E., *The grammar of Justice*, Cornell University Press, Ithaca NY, 1987; tr. it. *La grammatica della giustizia*, a cura di Coyaud S., Editori Riuniti, Roma, 1991;

Yivan I., *Interpreti rituali: il romanzo dell'Africa nera*, Laterza, Roma-Bari, 1978;

Young A., *The anthropologies of illness and sickness*, in «Annual Review of Anthropology», (1982) 11, pp. 257-285;

Zaghi C., *La conquista dell'Africa. Studi e Ricerche*, 2 voll., Istituto Universitario Orientale, Napoli, 1984;

Zagrebelsky G., *Il diritto mite*, Einaudi, Torino, 1992;

Zatti P., *Note sulla "semantica della dignità"*, in Furlan E. (a cura di), *Bioetica e dignità umana*, cit., pp. 95-109;

Zinzindohoue C.D., *Traditional religion in Africa: The vodun phenomenon in Benin*, in Isizoh C.D. (ed. by), *Christianity in Dialogue with African Traditional Religion and Culture*, Ceedee Publications, Roma, 2001, pp. 137-168;

Zohoun Th. - Flenon J., *La médecine traditionnelle et la pharmacopée africaines peuvent-elles constituer une alternative de soins face aux coûts prohibitifs actuels de la médecine moderne ?*, in «Pharm. Méd Trad. Afr.», (1997) 9, pp. 3-16;

Zolo D., *Globalizzazione. Una mappa dei problemi*, Laterza, Roma-Bari, 2004.

Documenti Nazionali ed Internazionali

ACCP (Alliance for Cervical Cancer Prevention) : *Histoires de femmes, vies de femmes. Expériences du dépistage et du traitement du cancer du col utérin*, Path, Washington, 2004: http://screening.iarc.fr/doc/RH_accp_wswl_fr.pdf

African Health Observatory – World Health Organization- Regional Office for Africa, *Benin: Factsheets of Health Statistics 2016*: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/3/37/Benin-Statistical_Factsheet_fr.pdf

AHO – WHO- Regional Office for Africa, *Benin: Factsheets of Health Statistics 2016: Mortality*: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Benin:Mortality/fr

AMS/WHA, *Traditional Medicine*, Fortieth World Assembly 40.33, Geneva, 4-15 May: <http://www.searo.who.int/entity/medicines/topics/wha4033.pdf?ua=1>

Assemblée Nationale, *Loi n° 2015-08 du 23 Janvier 2015 portant Code de l'enfant en République du Bénin*, <http://assemblee-nationale.bj/fr/dernieres-lois-votees>

Assemblée Nationale, *Loi n° 2002-07 du 07 Juin 2002 portant le Code des personnes et de la famille* : <http://www.consulatbenin.fr/wp-content/uploads/2013/06/code-des-personnes.pdf>

Assemblée Nationale, *Loi n° 2008-07 du 16 octobre 2008 portant le Code de procédure civile, commerciale, sociale et administrative*, <http://legibenin.net/document/Legibenin%20120716/Codes/Code%20de%20proc%C3%A9dure%20civile,%20commerciale%20sociale%20et%20administrative.pdf>

Assemblée Nationale, *Loi n° 2012-15 du 17 Décembre 2012 portant code de procédure pénale en République du Bénin* : <http://legibenin.net/document/Legibenin%20120716/Codes/Code%20de%20proc%C3%A9dure%20p%C3%A9nal%20en%20republique%20du%20benin.pdf>

Assemblée Nationale, *Loi n. 2015-42 pour l'institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en République du Bénin*: <http://www.droit-afrique.com/uploads/Benin-Loi-2015-42-regime-assurance-maladie-universelle.pdf>

Banque mondiale – Pôle de Dakar, UNESCO, *Fast Track initiative, Document de travail n. 165. Série: Le développement humain en Afrique – Le système éducatif béninois – Analyse sectorielle pour une politique éducative équilibrée et plus efficace – année 2009 (Jadin 2004)* : https://www.iipe-poledakar.org/sites/default/files/fields/publication_files/resen_benin_2008_0.pdf

Casse Nationale de Sécurité Sociale du Bénin, *Branches de Pensions*: www.cnsbenin.org/?Branches-des-pensions

Center for Health Market Innovations, *Bénin's National Health Insurance (RAMU)* <http://healthmarketinnovations.org/program/benins-national-health-insurance-ramu>

Center for Reproductive Rights, *Benin's Abortion Provisions*: <https://www.reproductiverights.org/world-abortion-laws/benins-abortion-provisions>

CNB, *Parere del Comitato nazionale della bioetica sull'eticità della terapia elettroconvulsivante*: <http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/21.pdf>

Id., *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Parere del CNB sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici*, 24 settembre 1999: <http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/39.pdf>

Id., *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, del 24 novembre 2000: <http://presidenza.governo.it/bioetica/testi/241100.html>

Id., *Le medicine alternative e il problema del consenso informato*, 18 marzo 2005: http://bioetica.governo.it/media/170676/p62_2005_medicine-alternative_it.pdf

Id., *Bioetica e diritti degli anziani*, 20 gennaio 2006:
<http://presidenza.governo.it/bioetica/testi/anziani.pdf>

Id., *Rifiuto e Rinuncia consapevole ai trattamenti sanitari nella relazione medico paziente*,
Parere del 24 ottobre 2008:
[http://presidenza.governo.it/bioetica/pubblicazioni_comitato/3_rifiuto_rinuncia_trattamento_s
anitario_it.pdf](http://presidenza.governo.it/bioetica/pubblicazioni_comitato/3_rifiuto_rinuncia_trattamento_sanitario_it.pdf)

Id., *Disabilità mentale nell'età evolutiva: il caso dell'autismo*, 19 Aprile 2013:
http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/Disabilita_mentale_autismo.pdf

Id., *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche*, 20 giugno 2014:
http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/demenze_malattia_Alzheimer.pdf

Id., *La contenzione: problemi bioetici*, 23 aprile 2015:
[http://presidenza.governo.it/bioetica/pareri_abstract/La%20contenzione%20problemi%20bioe
tici.pdf](http://presidenza.governo.it/bioetica/pareri_abstract/La%20contenzione%20problemi%20bioe
tici.pdf)

Code Bouvenet, Droit Pénal applicable en Afrique Occidentale Française, 1877:
[http://legibenin.net/document/Benin%20Droit%20Penal%20Applicable%20en%20Afrique%2
0Occidentale%20Francaise%201877.pdf](http://legibenin.net/document/Benin%20Droit%20Penal%20Applicable%20en%20Afrique%2
0Occidentale%20Francaise%201877.pdf)

Comitato dei diritti dell'infanzia, *Esame dei rapporti presentati dagli Stati Membri in
applicazione dell'art. 44 della Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 20 ottobre 2006:
[http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2F
C%2FBEN%2FCO%2F2&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2F
C%2FBEN%2FCO%2F2&Lang=en)

Comitato dei diritti dell'infanzia, *Esame dei rapporti presentati dagli Stati Membri in
applicazione dell'art. 44 della Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 20 gennaio 2015:
[http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2F
C%2FBEN%2F3-5&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2F
C%2FBEN%2F3-5&Lang=en)

*Constitution de la Republique du Bénin; Charte Africaine des Droits de l'Homme et des
Peuples e Déclaration Universelle des droits de l'homme*, Editions Rogav, 2015.

Convenzione sui diritti dell'infanzia, *Comitato dei diritti dell'infanzia, Osservazioni
Conclusive su Terzo-Quinto Rapporto del Bénin. CRC/C/BEN/CO/3-5*, 25 febbraio 2016
[http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/BE
N/CO/3-5&Lang=En](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/BE
N/CO/3-5&Lang=En)

Consiglio d'Europa, *Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e la Dignità
dell'essere umano nei riguardi delle applicazioni delle biologia e della medicina*, 1997:
<https://rm.coe.int/168007d003>

Consiglio d'Europa, *Convenzione per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà
fondamentali*, Roma, 4 Novembre 1950:
http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ITA.pdf

Council of Europe, *White Paper on the Protection of the Human Rights and Dignity of people
suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a
psychiatric establishment*, Strasbourg 30 January 2000:
[http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/DIR-
JUR\(2000\)2WhitePaper.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/DIR-
JUR(2000)2WhitePaper.pdf)

Council of Europe, *Recommendation Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of human rights and the dignity of persons with mental disorder and its explanatory memorandum*. Adopted by the Committee of Ministers on 22 September 2004 at the 896th meeting of the Ministers' Deputies, 22 September 2004: [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf).

Cour Constitutionnelle, *Décision DCC 96-0036 du 26 septembre 1996*: http://www.cour-constitutionnelle-benin.org/doss_decisions/960963.pdf

Diritto consuetudinario del Dahomey : Coutumier du Dahomey, Circulaire A.P. 128 du 19 Mars 1931.

Division de la population des Nations unies, *Perspectives de population du monde : la révision 2010*, Département des affaires économiques et sociales des Nations unies, Division de la population, New York 2010 : <http://esa.un.org/undp/wpp/index.htm>

Division Afrique-Division régionale Sahel et Afrique de l'Ouest, *Mutilations génitales féminines au Bénin*, Projet supra régional : *Appui aux initiatives pour l'abandon des mutilation génitales féminines* (MGF), GTZ : http://www2.giz.de/dokumente/bib/06-0906_2.pdf

European Parliament: J. Bowis (a cura di) *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea* (Risoluzione Bowis), 2006/2058 INI: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2006-0341+0+DOC+PDF+V0//IT>

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, *Codice di deontologia medica* 2014 (aggiornato al 2016): <https://portale.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=115184>

Final Declaration of the Regional Meeting for Asia of the Conference on Human Rights, Bangkok, Thailand, 1993;

Franciscans International, *Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, Examen de la République du Bénin*, 71^{ème} session, 11-29 janvier 2016, *Rapport alternatif conjoint présenté par Franciscans International et Franciscans Bénin*, Genève, décembre 2015 : http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/BEN/INT_CRC_NGO_BEN_22506_F.pdf

Guttmacher Institute, *Facts on Abortion and Unintended Pregnancy in Africa*, In Brief, Guttmacher, New York, November 2015 : https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_AWW-Africa.pdf

Haute Court de Justice, *Loi n° 90-32 du 11 Décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin*: <http://www.hcj-benin.org/?page=article&index=1>

INSAE, *Profil social et indicateur du Développement Humain*, in *Tableau de bord social*, Ministère du plan, Cotonou, 1999, pp. 1-163 ;

OMS, *African traditional medicine Report of the Regional Committee*, Afro Technical report series n. 1, 1976, in OMS, *The promotion and the development of traditional medicine*, Geneva, 1978: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s7147e/s7147e.pdf>

OMS, *Alma Ata 1978. Primary health care: report of the International conference on Primary health care. Alma Ata USSR, 6-12 September 1978*, WHO, Geneva, 1978;

OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, II ed., OMS, Genève/Malta, 2013 : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf

OMS, *Bénin* : <http://www.afro.who.int/benin/who-country-office-benin.html>:

OMS, *Benin : country profile* <http://www.who.int/countries/ben/fr/>

OMS, *Benin : Analytical summary- Health Status and Trends* : http://www.who.afro.who.int/profiles_information/index.php/Benin:Analytical_summary_-_Health_Status_and_Trends/fr

OMS, *Bénin : Enquete STEPS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques*, 2008 : http://www.who.int/chp/steps/2008_STEPS_Report_Benin.pdf

OMS, *Bénin: Stratégie de Coopération. Un aperçu*, août 2009 : [file:///C:/Users/salvatore/Downloads/Benin-ccsbrief-fr%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/salvatore/Downloads/Benin-ccsbrief-fr%20(2).pdf)

OMS: *Buruli Ulcer*, February 2017: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs199/en/>;

OMS, *Chain Free Initiative*: <http://www.emro.who.int/mental-health/chain-free-initiative/>

OMS, *Clinical epidemiology of laboratory-confirmed Buruli ulcer in Bénin: a cohort study*, July 2014: http://www.who.int/buruli/resources/tlgh_buruli_20140207/en/

OMS, *Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità*, 1946: <http://www.who.int/about/mission/fr/> tr. it.: <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>

OMS, *Conférence Ministérielle européenne de l'OMS sur la Santé mentale, Relever les défis, trouver des solutions*, Helsinki (Finlande), 12-15 Janvier 2005 : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf

OMS, *Essential medicine* http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/

OMS, *Female genital mutilation*, February 2010: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

OMS, *General Guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*, Geneva, 2000: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>

OMS, *Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion*: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249601/1/WER9135.pdf?ua=1>

OMS, *Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*, January 2004: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5525e/>

OMS, *Humble beginnings: Grégoire Ahongbonon and the St Camille Association*, Geneva: http://www.who.int/features/2005/mental_health/beginnings/en/

OMS, *Idées directrices pour la mise en œuvre de L'Initiative de Bamako. Comité régional pour l'Afrique, 38^{ème} session*. OMS Afro, Brazaville, 1988 ;

OMS/WHO, *Infertility. Definition and terminology* : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>

OMS, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classifications relating to the consequences of disease*, Geneva, 1980: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf

OMS, *International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP)*: <http://www.who.int/lep/partners/ilep/en/>

OMS, *L'approche STEPwise de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques*, Genève, 2006 : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43483/1/9789242593839_fre.pdf

OMS, *La lèpre*, octobre 2016: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/fr/>

OMS, *La grossesse chez les adolescentes*, Aide mémoire n. 364, septembre 2014 : cfr. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>

OMS, *La santé des personnes âgées*. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS, OMS, Genève, 1989 : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39539/1/WHO_TRS_779_fre.pdf

OMS, *Leprosy elimination* : <http://www.who.int/lep/en/>

OMS, *Les Soins de Santé Primaires : rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma Ata (URSS), OMS, Genève, 1978 : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39243/1/9242800001.pdf>

OMS, *Mental Health*: http://www.who.int/mental_health/en/

OMS, *Mental Health Atlas*, 2005: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/

OMS, *Mental Health Atlas*, 2011: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/ben_mh_profile.pdf?ua=1

OMS, *Mental Health Atlas*, 2014: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/ben.pdf?ua=1

OMS, *Mental Health Global Action Programme (mhGAP)*, 2008: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/

- OMS, *Mental health: new understanding, new hope*, 2001: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
- OMS, *Mental health, unlocking the asylum doors*, in *Bugs, drugs & smoke: stories from Public Health*, 2011, pp. 43-59: http://www.who.int/about/history/publications/public_health_stories/en/
- OMS, *Model Lists of Essential Medicines*: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
- OMS, *Model List of Essential Medicines*, 20th List, March 2017: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017.pdf?ua=1
- OMS, *Mutilations sexuelles féminines*: http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/
- OMS/WHO, *Progress report on decade of traditional medicine in the African Region*, Brazzaville, 5 luglio 2011;
- OMS, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* (Summary Report), Geneva, 2004: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.
- OMS-AIMS, *Report on Mental Health System in the Republic of Bénin*, Cotonou, 2007: http://www.who.int/mental_health/WHO-AIMS_benin_English.pdf
- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, OMS, Genève, 2005 : www.who.int/whr/2005/fr/index.html
- OMS, *Stratégie de Coopération. Un aperçu*, Maggio 2016 https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/136858/1/ccsbrief_ben_fr.pdf; poi Maggio 217: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136855/1/ccsbrief-ben.fr.pdf>
- OMS, *Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005*, Geneva : <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2298f/s2298f.pdf>
- OMS, *Tendances en matière de mortalité maternelle: 1990-2008*, OMS, Genève, 2010 : www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596213/fr/index.html
- OMS, *The World health Report- Making a difference*, Geneva, 1999: <http://www.who.int/whr/1999/en/>;
- OMS, *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, WHO, Geneva, 1984; tr. it. OMS, *Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema medico sanitario*, RED, Como, 1984;
- OMS, *World Health Assembly resolution WHA44.9 on Leprosy*. Geneva, 1991: http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_44.9_Eng.pdf
- OMS, *WHO Traditional medicine strategy 2014-2023*, 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/14/9789241506090_ita.pdf?ua=1; trad it. *Strategia dell'OMS per la medicina tradizionale 2014-2023*, Edizioni Paracelso, 2014.

OMS, *World report on disability*, 2011
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf;

OMS, Bureau Regional de l'Afrique, *Le Bénin a célébré la 25^e Journée Mondiale du SIDA au stade de l'Amitié à Cotonou*: <http://www.afro.who.int/fr/benin/press-materials/item/5201-le-b%C3%A9nin-a-c%C3%A9l%C3%A9br%C3%A9-la-25%C3%A8-journ%C3%A9e-mondiale-du-sida-au-stade-de-l%E2%80%99amiti%C3%A9-%C3%A0-cotonou.html>

ONU, *Carta delle Nazioni Unite*, 1945:
http://files.studiperlapace.it/spp_zfiles/docs/onucarta.pdf

ONU, *Conferenza Mondiale sui diritti umani*, 14-25 giugno 1993:
<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>;

ONU, *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne* (CEDAW), 18 dicembre 1979: http://unipd-centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/Convenzione-sulleeliminazione-di-tutte-le-forme-di-discriminazione-nei-confronti-delle-donne-1979/25

ONU, *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, 1989:
<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

ONU, *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo*, 1948 :
<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>

ONU, *Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici*, 1966:
<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

ONU, *Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali*, 1966:
<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010*, ONUSIDA, Genève 2010 :
www.unaids.org

Id., *Afrique subsaharienne Le point sur l'épidémie de sida. Résumés par région*, ivi, Mars 2008 ;

Id., *Fiche d'information 2016, Statistiques mondiales 2016*:
http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2016/UNAIDS_FactSheet

Organisation mondiale contre la Torture - Enfants solidaires d'Afrique et du Monde - Animation et Développement des Initiatives Artisanales et Aide à l'Enfance, *Droit de l'enfant au Bénin*, Rapport alternatif au Comité des Nations Unies des droits de l'enfant sur la mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l'enfant au Bénin, 43^e session – Genève, septembre 2006:
http://www.omct.org/files/2005/09/3074/rapport_alt_benin_enfants_09_2006.pdf

Organization of Islamic Conference, *The Cairo Declaration on human Rights in Islam*, 1993:
http://www.bahaistudies.net/neurelitism/library/Cairo_Declaration_on_Human_Rights_in_Islam.pdf

OUA, *Carta Africana dei Diritti dell'uomo e dei Popoli*, 27 giugno 1981, Nairobi: http://www.achpr.org/files/instruments/achpr/banjul_charter.pdf (versione italiana in «Parolechiave», 37 (2007), pp. 119-134);

PNUD, *Situation de la femme au Bénin en 2013: Progrès accomplis en 2013 dans la mise en œuvre des actions de promotion de la femme et du genre*: <http://www.undp.org/content/dam/benin/docs/emancipationdesfemes/Situation%20de%20la%20femme%20au%20B%C3%A9nin%20en%202013.pdf>

République du Bénin, *Conseil des Ministres n. 25/PR/SGG/Com 2008 du 9 septembre 2008*, in Ilassa Benoît blog: <http://illassa-benoit.over-blog.com/article-22648189.html>

République du Bénin, *Loi n. 2010-40 du 08 décembre 2010 portant Code d'éthique et de déontologie pour la recherche en santé en République du Bénin* : <http://www.ethique-sante.org/pdf/loi-portant-code-ethique.pdf>

République du Bénin, *Loi 2011-26 du 9 janvier 2012 Portant Prévention et Répression des Violences faites aux Femmes*: <http://www.bj.undp.org/content/dam/benin/docs/emancipationdesfemes/violences-faites-aux-femmes.pdf>

République du Bénin, Ministère chargé de la Microfinance, *Document de Programmation Pluriennale des dépenses 2016-2018* : http://www.finances.bj/uploads/tx_wdbiblio/dppd_mcm_2016-2018.pdf

République du Bénin, Ministère de la Santé, *Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC)* : <http://www.sante.gouv.bj/spip.php?article52>

République di Bénin, Ministère de la Santé, *Plan National de Développement Sanitaire, 2009-2018* : <http://www.sante.gouv.bj/documents/PNDS.pdf>

République du Benin, Ministère de la Santé, *Politique Nationale de Santé, 2009-2018*, pp. 12-13 : [www.sante.gouv.bj/documents/Politique Sanitaire Nationale.pdf](http://www.sante.gouv.bj/documents/Politique_Sanitaire_Nationale.pdf)

République du Benin, Ministère de la Santé, Direction des pharmacies et du Médicament, Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine traditionnelles, *Manual de formation (a l'usage du Praticien de la Mèdecine Traditionnelle), Prise en charge des IST et du VIH-SIDA au Bénin*, Juillet 2007

République du Benin, Ministère de la Sante, Direction Nationale de la Sante Publique, Programme national de la Pharmacopée et de la médecine traditionnelles (PNPMT), *Protocole de prise en charge du paludisme basé sur les pratiques traditionnelles efficaces au Bénin*, Cotonou, Septembre 2009;

République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction des Pharmacies et du Médicament, Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle, *Protocole de prise en charge des IST et du VIH/Sida basé sur les pratiques traditionnelles efficaces au Bénin*, Cotonou, Décembre 2009;

République du Bénin, Ministère de la santé, Direction Nationale de la Sante Publique, Programme national de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles (PNPMT), *Manuel d'initiation des professionnels de la santé aux systèmes d'éducation et de transmission du savoir en Médecine Traditionnelle au Bénin*, Cotonou, Janvier 2011;

République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé Publique, Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles, *Monographie des plantes utilisés en Médecine Traditionnelle pour la prévention et le traitement du paludisme*, tome I-IV, Mars 2012;

République du Bénin, Ministère de la Sante, Direction Nationale de la Sante Publique, PNPMT et Secretariat Permanent du Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA, Projet d'appui à la lutte contre le Sida/ Banque Africaine de développement, *Monographie de cent (100) plantes utilisées en Médecine Traditionnelle pour la prévention et le traitement des affections opportunistes du VIH/Sida au Bénin*, Cotonou, Août 2013;

République du Bénin, Ministère de la Sante, Direction Nationale de la Sante Publique, PNPMT, *Cadre réglementaire des praticiens, des pratiques de la médecine traditionnelle et des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle au Bénin, Code d'éthique des praticiens de la médecine traditionnelle* Cotonou, Octobre 2013;

République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction de la Recherche et de la Formation, Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles, *Politique Nationale de la Médecine Traditionnelle au Bénin*, Cotonou, Juillet 2013 ;

République du Bénin, Ministère de la Santé- OMS, *Stratégie de Coopération*, 2009-2013: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/136950>
Id., *Stratégie de Coopération*, 2016-2019 : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246191/1/Benin-SCP-2016-2019-fre.pdf>

République du Bénin, Ministère de la Santé, *Budget Programme 2016-2018- Secteur Santé. Propositions budgétaires*, 3 octobre 2015 : http://www.finances.bj/uploads/tx_wdbiblio/bp_sante_2016_2018.pdf

République du Bénin, Ministère de la Santé, Direction des Pharmacies et du Médicament, PNPMT, *La Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle au Bénin : état des lieux et perspectives*, Juin 2009;

République du Bénin, Ministère de la Santé, *Programme national de lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli* : <http://www.sante.gouv.bj/spip.php>

République du Bénin, Ministère du Développement, de l'Economie et des Finances *Fond National de la Microfinance (FNM)*, n. 2006-301 du 27 juin 2006: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/94858/111478/F1063967725/BEN-94858.pdf>

République du Bénin, *Ordonnance n. 73-14 du 8 février 1973 instituant un Code de Déontologie Médicale : Code de déontologie médicale en République du Bénin* : <http://cojemeb.forumgratuit.org/t4-code-de-deontologie-medicale-en-republique-du-benin#9>

République du Bénin, *Ordonnance n. 73-38 du 21 avril 1973 portant Création et Organisation des Ordres Nationaux des Médecins, Pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des sages-femmes* : <http://ordremedecinsbenin.org/index.php/espace-juridique/reglement-interieur/32-espace-juridique/54-statuts-de-l-ordre-national-des-medecins-du-benin>

Secrétariat général du gouvernement du Bénin, *Loi portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines en République di Bénin* : <https://sgg.gouv.bj/documentheque/categorie/loi/21>

UA, *African Charter on Democracy, Elections and Governance*, 30 January 2007: <https://www.au.int/web/sites/default/files/treaties/7790-file-african-charter-on-democracy-elections-and-governance.pdf>; tr. it. *Carta africana per la democrazia, le elezioni e la governance*, a cura di Schiavone M.L. in «Parolechiave», 37 (2007), pp. 135-151;

UA, *Accord portant création de l'institut africain de réadaptation* - [http://www.africaunion.org/Official documents/Treaties Conventions fr/Accord%20Institut %20africain%20de%20readaptation.pdf](http://www.africaunion.org/Official%20documents/Treaties%20Conventions%20fr/Accord%20Institut%20africain%20de%20readaptation.pdf);

UA, *Carta africana dei diritti e del benessere del minore*, 1990: <http://pages.au.int/acerwc/documents/african-charter-rights-and-welfare-child-acrwc>

UA, *Continental Plan of action for the African Decade of Persons with disability 2010-2019*: <http://au.int/web/fr/node/3599>

UA, *Protocollo alla “Carta Africana sui diritti dell’uomo e dei popolo” sui diritti delle donne in Africa*, Maputo, 11 luglio 2003: http://unipd-centrodirittiumani.it/it/strumenti_internazionali/Protocollo-alla-Carta-Africana-sui-diritti-delluomo-e-dei-popoli-sui-diritti-delle-donne-in-Africa-2003/83 (ratifica del Bénin 30/09/2005: [https://www.au.int/web/sites/default/files/treaties/7783-sl-protocol-to-the-african-charter-on-human-and-peoples-rights-on-the-rights-of-women i n_africa_12.pdf](https://www.au.int/web/sites/default/files/treaties/7783-sl-protocol-to-the-african-charter-on-human-and-peoples-rights-on-the-rights-of-women-in-africa-12.pdf))

UE, *European Directive on Traditional Herbal Medicinal Products (THMPD)*, 31 Marzo 2004: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:136:0085:0090:en:PDF>

UN, *Conférence Internationale sur la Population et le Développement*, Le Caire, 5-13 Settembre 1994 : <http://www.un.org/popin/icpd/infokit/infokit.fr/3program.ftx.html>

UN, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 2006: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>;

United Nations Development Programme, *Human Development Report 2015. Work for Human Development*: <http://report.hdr.undp.org/>;

UN, *Millennium Declaration*, 8 September 2000: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>

UN, *Millennium Development Goals*, <http://www.un.org/millenniumgoals/>

UN, *Ratification and Signature of CRPD:*
https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=en

UN, *Statement by Secretary-General Kofi Annan, 54 session of United Nations Commission on Human rights*, Press release SG/SM/6487 HR/4355, Geneva, 16 March 1998: <http://www.un.org/press/en/1998/19980316.SGSM6487.html>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population division: *Abortion Policies and Reproductive Health around the World*, New York 2014: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>

United Nation General Assembly, *Intensifying global efforts for elimination of female genital mutilations*, 20 december 2012: <http://www.npwj.org/node/7462>

UNESCO, *Convenzione Unesco sulla protezione e la promozione della diversità delle espressioni culturali*, 20 ottobre 2005: <http://www.unesco.beniculturali.it/index.php?it/72/la-convenzione>

UNESCO, *Costituzione della Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, le Scienze e la Cultura*, Londra, 16 novembre 1945: http://unipd-centrodirittiumani.it/public/docs/costituzione_unesco.pdf

UNESCO, *Dichiarazione Universale sulla diversità culturale*, Parigi, 2 novembre 2001: http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/diversity/pdf/declaration_cultural_diversity_it.pdf

UNESCO, *Dichiarazione Universale sulla bioetica e i diritti umani*, 19 ottobre 2005: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, anche in Aa. Vv., *La globalizzazione della bioetica. Un commento alla Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani dell'UNESCO*, cit., pp. 287-300;

UNICEF, *Bambini e disabilità, La condizione dell'infanzia nel mondo*, 2013: <http://www.unicef.it/Allegati/Rapporto%20UNICEF%202013.pdf>

UNICEF, *Female Genital Mutilation/Cutting. A statistical overview and exploration of the dynamistic of change*, 2013: http://www.unicef.it/Allegati/MGF_Report_2013.pdf

UNICEF, *La malnutrizione dei bambini, L'impegno dell'Unicef contro la mortalità infantile*, Comitato Italiano per l'Unicef Onlus, Arti Grafiche Agostini s.r.l., Roma, 2012: https://www.unicef.it/Allegati/RAPPORTO_UNICEF_MALNUTRIZIONE.pdf

UNICEF, *Mutilations génitales féminines/excisions: aperçu statistique et étude de la dynamique des changements*, 16/06/2013 : https://www.unicef.org/esaro/FGM_Report_Summary_French_16July2013.pdf

U.S. Departement of State, *International Religious Freedom Report 2015*: <https://www.state.gov/j/drl/rls/irf/religiousfreedom/index.htm#wrapper>

World Bank, *Bénin*: <http://data.worldbank.org/country/benin>

Articoli in riviste online

Benedetto XVI, Angelus 14 ottobre 2007: http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/angelus/2007/documents/hf_ben-xvi_ang_20071014.html

Conseil des Ministres du 25 juin 2015, in «BeninInfo», 8/07/2015 : <http://www.benininfo.com/01-journaux/08071502.html>

De plus en plus d'enfants accusées de sorcellerie, in «Irin», 16 Juillet 2010: <http://www.irinnews.org/fr/report/89883/afrique-de-plus-en-plus-d%E2%80%99enfants-accus%C3%A9s-de-sorcellerie>

Il Papa nella Giornata contro la lebbra: più cure, meno esclusione, in «Radio vaticana» 27/01/2017:

http://it.radiovaticana.va/news/2017/01/29/si_celebra_la_giornata_mondiale_dei_malati_di_lebbra_/1288719

La lèpre, maladie invisible qui tue depuis des siècles, in «RFI», 27 Janvier 2017 : <http://www.rfi.fr/france/20170126-lepre-maladie-invisible-raoul-follereau-sante-medecine>

La lèpre, une maladie faussement disparue, in «Le Nouvel Observateur», 26 Janvier 2017: <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/20170126.AFP6178/la-lepre-une-maladie-faussement-disparue.html>

Les infanticides liés à la sorcellerie persistent dans le nord, in «Irin», 26 Février 2009: <http://www.irinnews.org/fr/report/83167/bénin-les-infanticides-liés-à-la-sorcellerie-persistent-dans-le-nord>

Aballo E., *Bénin: de «l'enfant malade» de l'Afrique au modèle de démocratie ?*, in «Libre Afrique», <http://www.libreafrique.org/aballo-democratie-benin-270416>

Adandé J., *L'animisme au Bénin, texte introductif sur le Vodoun*, 2003 : www.bj.refer.org/benin_ct/tur/vodoun/present

Adoukonou Y.V.R., *Contribution aux stratégies de communication pour l'éradication de l'infanticide rituel en milieu baatonu de Bori, commune de N'Dali, Université d'Abomey-Calavy, a.a. 2006-2007* : <http://www.memoireonline.com/07/08/1190/contribution-strategies-communication-eradication-infanticide-rituel-baatonu.html>

Agenzia Fides- VATICANO- *Cresce l'impegno della Chiesa missionaria per i malati di lebbra: 648 lebbrosari nel mondo*, 24/01/2015: http://www.fides.org/it/news/56858-VATICANO_Cresce_l_impegno_della_Chiesa_missionaria_per_i_malati_di_lebbra_648_lebrosari_nel_mondo#.WTq3s-vyjIU

Ahognisse O., *La stérilité conjugale au CNHU de Cotonou, étude étiologique à propos de 1135 cas recensés de 1984-1986*, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou-Bénin, 1986 : <http://uaps2011.princeton.edu/papers/110664>

Ahouansè B., *Le visage cache du Vih/Sida au Bénin*, in «La nouvelle tribune», 7/09/2016 : <http://www.lanouvelletribune.info/benin/societe/30263-le-visage-cache-du-vih-sida-au-benin>

Amadou Sanni M., *Le défis urbains du vieillissement au Bénin*, in *Vieillesse de la population dans les pays du sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées. Etat des lieux et perspectives*, Actes du colloque International de Meknès, 17-19 Mars 2011, Maroc : <http://www.ceped.org/cdrom/meknes/spipbf13.html?article64>

Asselin O., *Protéger les enfants dits « sorciers », une priorité de l'UNICEF au Bénin*, in «Unicef France», 9 Mai 2012, <https://www.unicef.fr/article/protger-les-enfants-dits-sorciers-une-priorite-de-l-unicef-au-benin#>

A.T., *Comité de l'ONU pour les droits de l'enfant: Le Bénin appelé à remédier à la situation des enfants "sorciers"*, in «Actu Benin», 2007 <http://www.actubenin.com/?Comite-de-l-Onu-pour-les-droits-de-l-enfant-Le-Benin-appelle-a-remedier-a-la>

Awaritefe A., *Epilepsy: the myth of a contagious disease*, in «Cult. Med. Psychiatry», 13 (1989) 4, pp. 449-456: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=epilepsy%3A+the+myth+of+a+contagious+disease>

Ayivi B. - Dan V., *Accidents linked to traditional treatment of convulsions of infants and children in Bénin*, in «Dev. Sante», (1990) 85, pp. 25-29: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12316207>

Battaglia V., *Albinisme. Mythes et persécution en Afrique*, in «Terra Nova», 1 agosto 2008: <http://www.dinosoria.com/albinisme.html>

Berger S., *Infectious diseases of Bénin*, Gideon, 2017 <https://books.google.it/books?id=zdYVDgAAQBAJ&pg=PA124&dq=LEBBRA+IN+BENIN&hl=it&sa=X&ved=0ahUKEwi2iLCKhKPSAhXC2BoKHUwdBFsQ6AEIGjAA#v=onepage&q=LEBBRA%20IN%20BENIN&f=false>

Bizzi S., *Gregoir, il Basaglia nero: «Slego dagli alberi i malati di mente»*, in «Il Piccolo», 19 Aprile 2015: http://www.provincia.gorizia.it/files/provgo_rassegna_it_16720_resource_orig.pdf;

Blum E., *Carte: droit à l'avortement, l'Afrique entre tabou et désinformation*, in «Jeune Afrique»: 12-04-2014: <http://www.jeuneafrique.com/164461/societe/carte-droit-l-avortement-l-afrique-entre-tabou-et-d-sinformation/>

Bocoum M., *Le drame de l'infertilité en Afrique Subsaharienne*, in «Enquête+», 5 février 2013 : <http://www.enqueteplus.com/content/le-drame-de-l%E2%80%99infertilit%C3%A9-en-afrique-subsaharienne-15-%C3%A0-30-des-couples-touch%C3%A9s>

Bonnin O., *Bénin. Comment les droits de l'Homme préservent du sida*, in «Journal du Sida», 208 (Août 2008): [http://www.arcat-sante.org/a/JDS/article/943/Benin Comment les droits de l Homme preservent du sida](http://www.arcat-sante.org/a/JDS/article/943/Benin%20Comment%20les%20droits%20de%20l%20Homme%20preservent%20du%20sida)

Carey B., *The Chains of Mental Illness in West Africa*, in «The New York Times», 12 ottobre 2015: https://www.nytimes.com/2015/10/12/health/the-chains-of-mental-illness-in-west-africa.html?_r=0;

CEPED, Centre Population et Développement: *Les conséquences sanitaires et sociales de l'avortement*, Université Paris Descartes : <http://www.cepel.org/avortement/fr/chap5/800/chap5-800.html>

Consulta di Bioetica Onlus, Comunicato stampa n. 11/2016: <http://www.consultadibioetica.it/wp-content/uploads/2017/04/426-1.pdf>

Davis M., *De l'explosion urbaine au bidonville global. Les petits sorciers de Kinshasa*, in «Le Monde diplomatique», septembre 2006: <https://www.monde-diplomatique.fr/2006/09/DAVIS/13930>

Dossa J.-C.D., *Personnes du 3^{ème} âge au Bénin : Vieillesse, la saison des vicissitudes*, in «L'Evenement Précis», 14 octobre 2011 : <http://bj.jolome.com/news/article/personnes-du-3eme-age-au-benin-vieillesse-la-saison-des-vicissitudes>

Drira C., *Moi, Achille, ancien malade de lèpre au Bénin*, in «Jeune afrique», 27/01/2017 : <http://www.jeuneafrique.com/396897/societe/moi-achille-ancien-malade-de-lepre-benin/>

ECOVOX, *Visages du veuvage*, 2010: http://www.cipcre.org/ecovox/ecovox44/visages_du_veuvage.html

Faraboni M., *Tra i malati di lebbra dimenticati da tutti nell'Africa profonda*, in «Il Giornale», 10/09/2015: <http://www.ilgiornale.it/news/benin-1168889.html>

Gambaro F., *M. Augé: i rischi della tolleranza*, in «La Repubblica», 23 ottobre 2003: <http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2003/10/23/marc-auge-rischi-della-tolleranza.html?ref=search>

Gigli G.L., *Disumane teorie bioetiche. Invasioni barbariche*, in «Avvenire», 28 febbraio 2010: <http://www.avvenire.it/opinioni/pagine/invasioni-barbariche>

Giubilini A. - Minerva F., *After-birth abortion: why should baby live?*, in «Journal of Medical Ethics», 23 febbraio 2012: <https://philpapers.org/archive/ABOSAA.pdf>

Guèdègbé G., *L'infanticide rituelle chez les baatombou au nord-est du Bénin : La face cachée d'une pratique culturelle en pleine mutation*, in «L' Événement précis», 27 décembre 07: <http://levenementprecis.com/2007/12/27/infanticide-rituelle-chez-les-baatombou-au-nord-est-du-benin-la-face-cachee-d-une-pratique-culturelle-en-pleine-mutation/>

Guédénou L.D., *Appui financier aux chefferies traditionnelles et aux confessions religieuses*, in «La nouvelle tribune», 8 septembre 2008: <http://www.lanouvelletribune.info/benin/politique/1635-appui-financier-aux-chefferies-traditionnelles-et-aux-confessions-religieuses>

Guiducci P.L., *La Chiesa e il culto Vodun in Bénin*, in «Storiain», 1 marzo 2015 <http://www.storiain.net/storia/la-chiesa-e-il-culto-vodun-in-benin/>

Health Grove, *Leprosy in Benin. Statistics on Overall Impact and Specific Effect on Demographics Groups*: <http://global-disease-burden.healthgrove.com/1/28503/Leprosy-in-Benin>

International Institute for the Advanced Study of Cultures, Institutions, and Economic Enterprise, *Human Rights as a Global Conversation about Human Dignity*: <http://www.interias.org.gh/sites/default/files/Position%20Paper/IIASPositionPaperHumanRights.pdf>

Kouamouo T., *En Afrique, Grégoire aide ceux dont personne ne veut: les fous*, in «Le Monde» 19 giugno 2002: http://www.lemonde.fr/archives/article/2002/06/19/en-afrique-gregoire-aide-ceux-dont-personne-ne-veut-les-fous_3546236_1819218.html?xtmc=&xtr=17

Mètonou B., *La fécondation in vitro, une réalité au Bénin*, in «La Nouvelle Tribune», 03 settembre 2010 : <http://www.lanouvelletribune.info/benin/6468-la-fecondation-in-vitro-une-realite-au-benin>

Michel N., *Tobie Nathan: «L'existence des enfants sorciers est un phénomène moderne assez récent»*, in «Jeune Afrique», 29 Maggio 2014 : <http://www.jeuneafrique.com/53058/societe/tobie-nathan-l-existence-des-enfants-sorciers-est-un-ph-nom-ne-moderne-assez-r-cent/>

Human Rights Watch, *Like a death sentence. Abuses against Persons with mental disabilities in Ghana*, 2 October 2012: <https://www.hrw.org/report/2012/10/02/death-sentence/abuses-against-persons-mental-disabilities-ghana> ;

Id., *Somaliland: People with Disabilities Abused, Neglected*, New York, 25 October 2015: <https://www.hrw.org/news/2015/10/25/somaliland-people-disabilities-abused-neglected>;

Id., *Chained like Prisoners. Abuses Against People with Psychosocial Disabilities in Somaliland*, New York, 25 October 2015: <https://www.hrw.org/report/2015/10/25/chained-prisoners/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-somaliland>;

Lepidi P., *A Davougon, la lèpre n'est pas une fatalité*, in «Le Monde Afrique», 28/01/2012 : http://www.lemonde.fr/afrique/article/2012/01/28/a-davougon-la-lepre-n-est-plus-une-fatalite_1635839_3212.html

Livingston J., *Insights from an African History of Disability*, in «Radical History Review», 2006 (94), pp. 111-126: http://history.rutgers.edu/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=185&Itemid=144

Loko G., *Bénin: le chemin de croix des malade mentaux*, in «Le Podcast Journal», 18 luglio 2010: http://www.podcastjournal.net/Benin-Le-chemin-de-croix-des-malades-mentaux_a5691.html;

Id., *Bénin: Quand l'hôpital psychiatrique ne tourne pas rond*, ivi, 19 luglio 2010 http://www.podcastjournal.net/Benin-Quand-l-hopital-psychiatrique-ne-tourne-pas-rond_a5683.html;

Id., *Bénin, le 36 visages de la maladie mentale*, in «Le Podcast Journal», 20 luglio 2010 http://www.podcastjournal.net/Benin-Les-36-visages-de-la-maladie-mentale_a5684.html

McCurry J., *Let elderly people 'hurry up and die', sais Japanese minister*, in *The Guardian*, 22 January 2013: <https://www.theguardian.com/world/2013/jan/22/elderly-hurry-up-die-japanese>

N'koué Sambiéni E., *Gouverner la maternité au Bénin. Les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari*, in «Bulletin Amades», 85 (2012) : <https://amades.revues.org/1354>

Pedersoli J., *Disabilità infantile nel Burundi rurale. Il ruolo delle caregivers informali*: http://files.spazioweb.it/aruba24605/file/disabilitinfantileburundi_pdf.pdf;

PRB (Population reference bureau): *Un guide sur la santé reproductive en Afrique de l'Ouest francophone à l'attention des journalistes*, 2011 : http://www.prb.org/pdf11/west-africa-media_fr.pdf

Ribouis O., *Les Bénin des gris gris et des envoûtements*, in «La Nouvelle Tribune», 26/06/2015 : <https://lanouvelletribune.info/archives/benin/societe/24438-le-benin-des-grigris-et-des-envoutements#!/ccomment-comment=348109>

Roudi-Fahimi F. –Ashford L., *Sexual and Reproductive Health in the Middle East and North Africa: A Guide for Reporters*, Population Reference Bureau, Washington, DC, 2008: www.prb.org/Reports/2008/mediaguide.aspx

Roy S., *En Europe la lèpre se cache dans les écureuils*, in «Le Figaro santé», 11 octobre 2016 : <http://sante.lefigaro.fr/article/en-europe-la-lepre-se-cache-dans-les-ecureuils>

Sergent D., *Au Bénin, la lutte contre la lèpre s'intensifie*, in «La Croix», 31/01/2017: <http://www.la-croix.com/Sciences/Sciences-et-ethique/Au-Benin-lutte-contre-lepre-sintensifie-2017-01-31-1200821281>

Id., *Au Bénin, vivre après la lèpre*, in «La Croix», 31/01/2017: <http://www.la-croix.com/Sciences/Sciences-et-ethique/Au-Benin-vivre-apres-lepre-2017-01-31-1200821303>

Smith R. et al., *La planification familiale sauve des vies, 4e éd*, Population Reference Bureau, Washington, DC, 2009: www.prb.org/Reports/2009/fpsl.aspx

Ssenkaayi S., *In Africa, human rights activists cannot work with religion*, in «openDemocracy», 8 december 14: <https://www.opendemocracy.net/openglobalrights/simon-ssenskaayi/in-africa-human-rights-activists-cannot-work-with-religion>

The African Health Monitor, *African Traditional Medicine Day, 31 August*, WHO-AFRO, 2010: <http://ahm.afro.who.int/special-issue14/ahm-special-issue-14.pdf>

Tepa S. - Amadou E., *Les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femme set des enfants:avantage-inconvenients*, in «Agenda de la Femme», (1998): <http://www.wloe.org/WLOE-fr/information/sante/trad-afric.html>

Tomety L., *Les aspects psycho-sociaux de la stérilité conjugale à propos de 140 cas observés au CNHU de Cotonou*, Thèse d'Etat en Médecine, FSS, UNB, Cotonou, Bénin, 1988: http://koha.uac.bj/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=19344&shelfbrowse_itemnumber=19344

Traoré K., *Grossesses précoces au Bénin : un véritable problème de société*, in «Afrik.com», 13 juillet 2013 : <http://www.afrik.com/grossesses-precoces-au-benin-un-veritable-probleme-de-societe>

Vey T., *Le Bénin peine à éradiquer la lèpre*, in «Le Figaro», 30 Janvier 2017 : <http://sante.lefigaro.fr/article/le-benin-peine-a-eradiquer-la-lepre>

Yelouassi J., *Quelles avancées dans la lutte contre le sida au Bénin ?*, in «La nouvelle tribune», 28 Janvier 2013 : <http://www.lanouvelletribune.info/sante/13325-quelles-avancees-dans-la-lutte-contre-le-sida-au-benin>

ONG e Associazioni citate

ACS, Association Christian Stenou: <http://www.association-christian-steunou.com/le-pere-christian-steunou/le-pere-christian/>;

African Studies Center Leiden: <http://www.ascleiden.nl/>

Amis de la Saint Camille : <http://www.amis-st-camille.org/>

Association Saint Camille: <https://www.associationsaintcamille.org/>

Association Christian Stenou: <http://www.association-christian-steunou.com>

Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona Onlus (AMCP): <http://www.medicinacentratasullapersona.org/index.php/home/item/107-simposio-nazionale-senato-della-repubblica-29-settembre-2016>

CIAF, *Comité Inter- africaine sur les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes et des enfants*: <http://courantsdefemmes.free.fr/Assoces/Benin/CIAF/ciaf.html>;

CIRB: <http://www.unibioetica.it/>

Centro di Salute Saint Camille di Davougon: http://bj.geoview.info/centre_de_sante_saint_camille_davougon,63473357p

DCC, Délégation Catholique pour la Coopération : <http://ladcc.org/>;

DUMA Onlus : <http://www.dumaonlus.it>

ELIB, *Espoir de Lutte contre l'infanticide au Bénin*: <http://www.espoirsansfrontieres.org/article-2-1-7> ;

Fondation Raoul Follereau: www.raoul-follereau.org;

Global Access to infertility care, *The Walking Egg* <http://www.thewalkingegg.com/>

Handicap International: <http://www.handicap-international.fr/sites/fr/files/country/files/handicap-international-benin.pdf>;

Humanium, *Enfants du Bénin. Concrétiser les Droits de l'Enfant au Bénin*:
<http://www.humanium.org/fr/afrique/benin/>;

Indipendent Living Institute - <http://www.independentliving.org>;

Inter-African Committee on Traditional Practices <http://iac-ciaf.net/>

Konou Konou Africa Onlus : <http://www.sorridiafrica.org/sito/>

Les amis de Grégoire : <http://lesamisdegregoire.fr/>;

PIED, *Programme de Insertion des Enfants Déshérités*: <http://ongpied.org/>;

Polyclinique Saint Michelle (POSAM): https://posam.org/?page_id=30

Saint Camille Fondazione Saint Camille :
<http://www.saintcamille.net/aimaesp/stcamille/contingut.html>;

SMA- Società delle Missioni Africane : <http://www.missioniafricane.it/mimegi2016/>;

SMAO - Santé Mentale en Afrique de l'Ouest: <https://www.africapsy.com/>;

Union Nationale des Familles et Amis des Malades mentaux: <http://www.unafam.org/>

Sitografia e Videografia

<http://www.albinismo.it/albini-in-africa-albinismo-44>

<http://www.gregoire.it/>

<http://www.patrimoinebenin.org/index.php/recherche-images/468-tohossou-croyance-aire-culturelle-adja-tado>

<https://pt.wikipedia.org/wiki/Tohosu>

<http://www.mamiwata.com/tohosou.html> : *Tohosu: Royal Guardian of the Physically & Mentally Gifted*

Les Oubliés- Grégoire Ahongbonon: <https://www.youtube.com/watch?v=eXJJTP2cXgE>;

Le plus grand voyant marabout medium du Bénin Dah Ketou:
<http://gbenou.canalblog.com/archives/2017/05/08/35261091.html>

Grégoire Ahongbonon, St. Camille 2015 <https://www.youtube.com/watch?v=hVMKKQ7Sl-4> ;

Fous Errante, une autre vie est possible : <https://www.youtube.com/watch?v=eF2wVf3-bE4>;

Grégoire Ahongbonon : https://www.youtube.com/watch?v=-hH2PSq4R_E.

American Psychiatric Association, *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5): <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

Avimadjessi D. - Speziali B., *On tue les enfants sous vos yeux – Infanticide rituel : le cas du Bénin* http://www.uee.be/avimadjessi_4b.htm;

<http://www.vidome.com/non-classe/benin-les-traditions-et-les-enfants-sorciers-630> intervista al prof. Léon Bio Bigou dell'Università di Abomey Calavi

Centre National Hospitalier de Psychiatrie Jacquot: <http://benincnhp.e-monsite.com/pages/>

Centre National Hospitalier- Hubert Koutougou Maga: <http://www.cnhu-hkm.org/>

Federazione Internazionale delle Associazioni di Medici Cattolici, *Se l'aborto è lecito perché non l'infanticidio?*: <http://www.fiamc.org/bioethics/se-l'aborto-è-lecito-perché-non-l'infanticidio/>

Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), *Campagne contre les fistules*. www.endfistula.org

Fondo globale per la lotta all'Aids, Tbc e Malaria: <http://www.osservatorioaids.it/tag/fondo-globale-per-la-lotta-allaids-tbc-malaria/>;

Immigration and Refugee Board of Canada, *Bénin: information sur le traitement réservé aux personnes atteintes d'une maladie mentale, y compris la schizophrénie, par les autorités et la société* (2009- mai 2013), 10 giugno 2013: <http://refworld.org/cgi-bin/taxis/vtx/rwmain?docid=52cd05234>

Ministère de la Santé République du Bénin : <http://www.sante.gouv.bj/spip.php>
République du Bénin: <http://gouv.bj>

Voyant Medium Soglo- Maitre Marabut Bénin: <http://www.maitremarabout-soglo.com/guerisseursoglo.php>

World Bank: *Multi-sectorial HIV/Aids Project*: <http://projects.worldbank.org/P073118/multi-sectoral-hiv-aids-project?lang=fr&tab=overview>